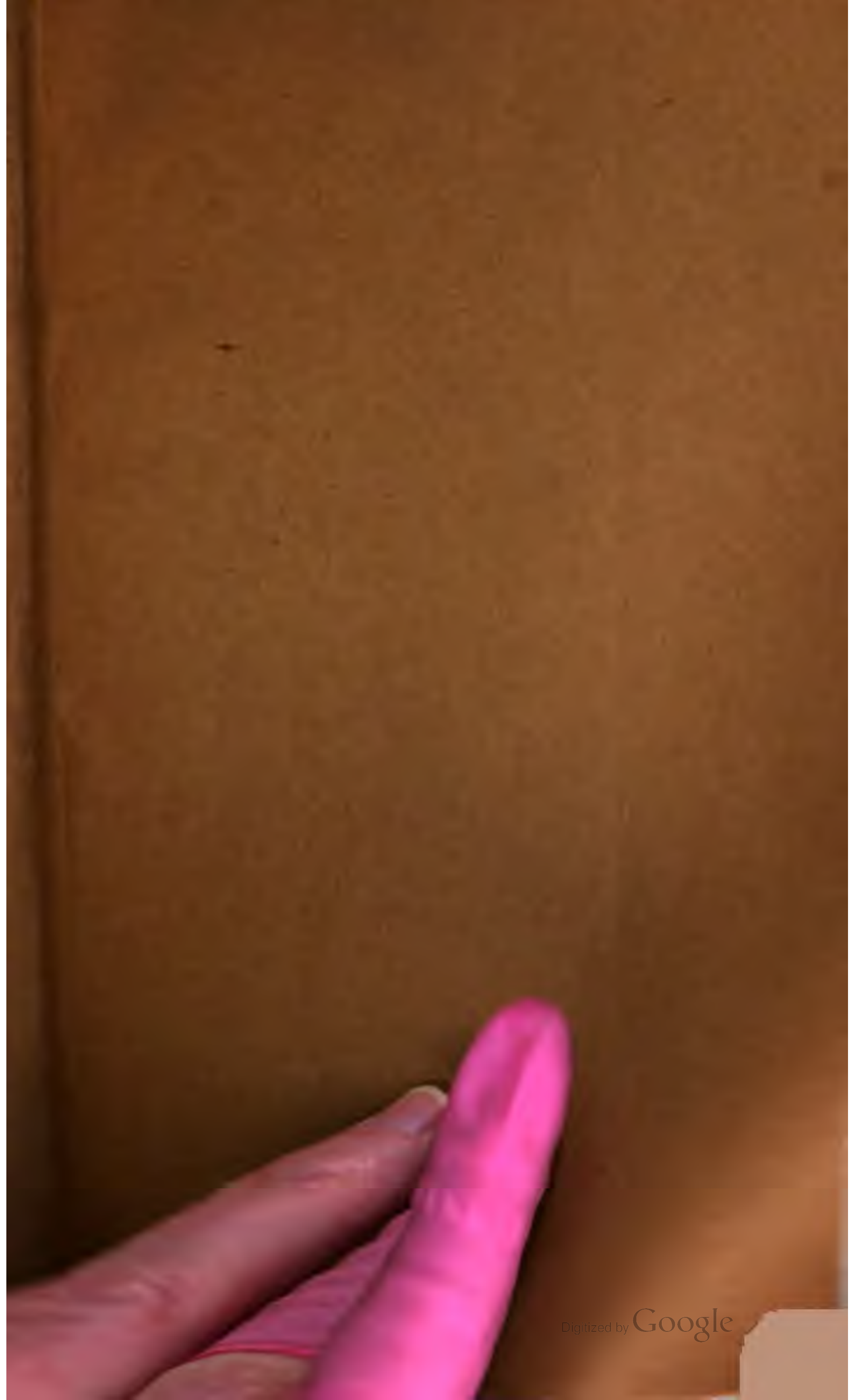






Allgemeine Zeitschrift

für

Psychiatrie

und

psychisch - gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

unter der Mit-Redaction von

Flemming und Roller

durch

Heinrich Laehr.

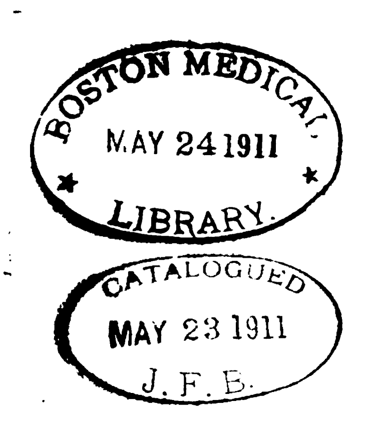
Vierundzwanzigster Band.

Mit 11 Tafeln und 72 Holzschnitten.

Berlin.

Verlag von August Hirschwald.

1867.


BOSTON MEDICAL
MAY 24 1911
LIBRARY.
CATALOGUED
MAY 23 1911
J. F. B.

Inhalt des Vierundzwanzigsten Bandes.

Erstes und zweites Heft.

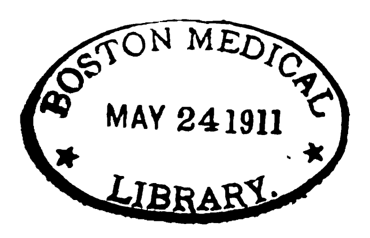
Drittes Heft.

Viertes Heft.

Fünftes Heft.

Sechstes Heft.

Supplement - Heft.



Ueber die Verengerung des Einganges des Wirbelkanals in den mit Epilepsie oder epileptiformen Krämpfen verbundenen Seelenstörungen.

Vom
Professor Dr. **Solbrig**
zu München.

Die in den meisten Fällen von Seelenstörung stattfindende Betheiligung der knöchernen Umhüllung des Schädels an den pathologischen Processen des Gehirns und *seiner* Adnexe ist wohl eine von keinem erfahrenen Psychiatriker verkannte Thatsache.

Ja, man darf namentlich in allen fortgeschrittenen Secundärzuständen das Vorhandensein ebenso intensiver als ausgebreiteter Ernährungsstörungen im Bereiche der Schädelknochen als die Regel, das Fehlen derselben als Ausnahme ansehen.

Dass die chronische *Ostitis* insbesondere auch in der allgemeinen Paralyse eine nicht minder grosse Rolle spielt wie die chronische *Meningitis*, — dafür zeugt die so häufig bei Sectionen von Paralytikern wahrzunehmende Massenzunahme des Schädeldaches, vereint mit den auf der *basis cranii* erscheinenden hyperostotischen und osteophytischen Gebilden.

Obwohl seit Jahren mit besonderem Interesse die pathologischen Zustände der das Gehirn einschliessenden

knöchernen Hüllen im Verlaufe der Seelenstörung verfolgend, konnte es doch geschehen, dass meiner Aufmerksamkeit eine eigenthümliche hieher gehörige Art der Abnormität entging, ohne dass ich mir deshalb einen Vorwurf machen darf, da meines Wissens auch sonst kein Fachmann das Vorkommen dieser Abnormität registrirt oder sonstwie betont hat.

Ich meine die pathologische Verengerung des Eingangs des Wirbelkanals, soweit er durch die *Processus anonymi* des Hinterhauptbeines durch den hinteren Halbbogen des Atlas und den in den vorderen Atlashalbbogen eingreifenden *Proc. odontoid.* des *Epistropheus* gebildet wird.

Dass diese Knochen und Wirbeltheile ebenfalls intensiven pathologischen Processen unterliegen, die im Allgemeinen den Charakter der Hypertrophie an sich tragen, und dass diese also erkrankten Knochenpartieen, indem sie eine Verengerung des Eingangs des Rückenkanals zur Folge haben, eine schwere Beeinträchtigung der Function des Coordinations-Organes, nämlich des verlängerten Markes, bedingen können, dass namentlich bei Epilepsie oder epileptiformen Krämpfen, wenn sie als Begleiterscheinungen der Seelenstörung auftreten, dieses pathologische Verhältniss eine auffallende, bis jetzt nicht erwähnte*) Rolle spielt, — dies will ich durch nachfolgende Beobachtungen zu begründen suchen.

---

*) Anmerkung:

Ich finde in der ganzen reichhaltigen Literatur über Epilepsie keinen solchen Befund aufgezeichnet. Auch das neueste und ohne Zweifel reichhaltigste Werk über diesen Gegenstand, das von *Reynold*, deutsch bearbeitet von *Beigel* (Erlangen bei Enke, 1865), welches die einschlägige Literatur so vollständig wie möglich bringt und in allen wesentlichen Dingen auf dieselbe kritischen Bezug nimmt, macht keine Erwähnung von der Verengerung des Spinalkanals *in specie*, zählt nur gelegentlich der übrigen pathologischen Erfunde

Die erste dieser Beobachtungen, die meine Aufmerksamkeit in der angegebenen Richtung fesselte, war folgender **Fall**:

Es kam vor drei Jahren die Leiche eines 27jährigen Bauernsohnes zur Section, welcher, an angeborenem Blödsinn leidend, seit seinem vierten Jahre schon von epileptischen Anfällen heimgesucht, endlich nicht mehr in der Privatpflege erhalten werden konnte und im Interesse theils seiner besseren Verpflegung, theils der öffentlichen Sicherheit, im Jahre 1861 in die Anstalt gebracht wurde. Ein starker Kropf, eine dem Spitzkopfe sich nähernde Schädeldifformität und totaler Mangel der Sprache kennzeichneten ihn als Cretin, obwohl er weder in einer Cretinengegend geboren, noch bei seinen Eltern irgend eine geistige Störung nachweisbar war.

Eine noch hinzukommende Scoliose der Brustwirbel erlaubte nebst der Schädeldifformität dem rhachitischen Processe eine wesentliche Bedeutung für die Pathogenese dieses Falles zuzuschreiben.

Schon als zahnendes Kind hatte das genannte Individuum mit heftigen Convulsionen zu kämpfen und — wie bereits erwähnt — mit dem vierten Lebensjahre traten die ersten eclatanten **Epilepsie-Anfälle** auf. Sie hatten den Kranken in seiner allgemeinen vegetativen Entwickelung nicht wesentlich gehindert. Derselbe erschien von mittlerer Grösse und kräftiger Musculatur, als er 25jährig in die Anstalt trat.

Seine epileptischen Anfälle traten ganz und gar regellos auf. Einen einzigen Monat während der zwei Jahre Aufenthaltes dahier setzten sie ganz aus, ausserdem variirte ihre Frequenz von 3—10 per Monat. Sein Tod trat plötzlich während eines Anfalles ein, welcher von heftigem Erbrechen begleitet war, welches durch

Seite 241 die „Verdickung der Schädelknochen" im Allgemeinen mit auf.

Eintreiben von Flüssigkeiten in *Trachea* und Bronchien ohne Zweifel den Suffocationszustand des Epileptikers — der in der Regel vorübergehender Natur ist — verschlimmerte, was wahrscheinlich für den eingetretenen Tod ausschlaggebend war.

Die Section zeigte nun vor Allem eine colossale Verdickung der gesammten Schädelbedachung, die an einzelnen Stellen fast ½ Zoll betrug, unter vollkommener Sclerosirung.

Auf der Schädelbasis zeigten sich die Schädelgruben durch wuchernde Knochenmasse auffallend verflacht und vor Allem merkwürdig trat der Beobachtung eine hochgradige Verengerung des Wirbelkanal-Eingangs entgegen, aus welchem das verlängerte Mark in einem bedeutend atrophirten Zustand herausgeleitet wurde. Bei näherer Untersuchung zeigte sich, dass diese Verengerung ihren Grund darin hatte, dass die hintere Hälfte des Atlas statt eines Bogens ein ziemlich spitzwinkliges Dreieck darstellte, und dass der Zahnfortsatz des *Epistropheus* an seinem Ende eine erbsengrosse Wucherung zeigte, welche, in die Lichtung des Kanaleinganges hineinreichend, den Spielraum des verlängerten Markes nicht blos im Allgemeinen beengte, sondern noch einen besonderen Druck auf die Vorderstränge ausübte, wie durch eine der Wucherung correspondirende Delle der *Medulla oblongata* deutlich zu erkennen war.

Dieser Befund, zusammengehalten mit der durch die experimentelle Physiologie festgestellten Thatsache, dass das verlängerte Mark ein wichtigstes Centralorgan für die coordinirte Bewegung ist, musste die besondere Aufmerksamkeit des Beobachters erregen, dies um so mehr, je einstimmiger auch die neueren Pathologen in die Functions- und Ernährungsstörung der *Medulla* den nächsten Grund der Epilepsie und der epileptiformen Krämpfe legen.

Es bedarf hier kaum der besonderen Hinweisung auf *Schroeder van der Kolk*'s verdienstliche Untersuchungen in dieser Richtung. Ihm dürfte nur vorzuwerfen sein, dass er die Hyperämie der Oliven zu einseitig für das Zustandekommen der Epilepsie betont hat. Unser Befund legte jedenfalls die Erwägung nahe, dass es unter anderen auch in der Umgebung des verlängerten Markes eine Quelle der Reizung für das letztere gäbe, welche zunächst durch Zerrung und Druck, sowie durch die Begünstigung atrophischer und anämischer Zustände im Coordinationsorgane wirkend, Epilepsie und epileptiforme Krämpfe erzeugen und unterhalten könne, und dass eine solche Reizungsquelle der pathologisch verengerte Eingang des Spinalkanals, bald durch Hypertrophie des Zahnfortsatzes oder der *Processus anonymi* oder der Atlasbögen hervorgebracht, sei.

In dem eben beschriebenen Fall lag jedenfalls eine schwer abzuweisende Thatsache, welche für die Richtigkeit dieser Anschauung zu sprechen schien, vor, und diese Beobachtung leitete von selbst darauf hin, zuzusehen, ob in weiteren Fällen der Befund sich wiederhole. Es ward selbstredend von nun an der Beschaffenheit des Kanaleinganges eine sorgfältige Aufmerksamkeit bei allen Sectionen geschenkt, namentlich aber in denjenigen Fällen, wo convulsivische oder epileptische Erscheinungen als Begleiter des Krankheitsverlaufes im Leben aufgetreten waren.

In den letzten drei Jahren nach der ersten Beobachtung kamen mir noch sieben weitere Fälle zur Section, wo die psychische Erkrankung während des Lebens kürzere oder längere Zeit theils mit ausgebildeter Epilepsie, theils mit epileptiformen Convulsionen verbunden war, und wo sich verschieden modificirt die Verengerung des Kanaleinganges mit den nehweisbaaren Spuren

des auf die *Medulla oblongata* ausgeübten mechanischen Druckes darstellte.

Ich stelle nun die bezüglichen Beobachtungen im Nachfolgenden kurz zusammen:

Nr. 2. 46jähriger, an Verrücktheit mit Hallucinationen leidender Bauer. Seit 20 Jahren auch epileptische Anfälle. Fall nach rückwärts. Geringe Convulsionen.

Leichenbefund: Defect im linken Seitenwandbein mit entsprechendem hühnereigrossem Hirndefect. Starkes Vorragen des *Proc. odontoid.* in das *Lumen* des Kanals. Atrophie der *Medulla oblongata.*

Nr. 3. 20jähriges, an secundärem Blödsinn leidendes Mädchen. Seit dem 14. Jahre epileptisch. Anfälle mit starken Convulsionen und heftigem Schreien.

Befund: Stark ausgebildeter, ins *Lumen* hineinragender *Process. odontoid.* Sehr verkümmerte *Medulla,* bei gut erhaltener Ernährung des Gehirns.

Nr. 4. 38jähriger, lediger Kunsteleve, seit 9 Jahren an Verrücktheit leidend. Eigenthümliche der *Paralysis agitans* ähnliche Muskelkrämpfe. mit Verziehungen und Drehungen des Kopfes und Rumpfes.

Befund: Stark vorragende spitzige, die *Medulla oblongata* umklammernde *Processus anonymi*, mit Druck auf die Ursprünge des *Vagus*, *Glossopharyngeus* und auf die Oliven. Tiefe Eindrücke zwischen Oliven und Brücke.

Nr. 5. 40jährige, ledige Frauensperson vom Lande. Seit ihrem 14. Jahre von Epilepsie heimgesucht; allmählig blödsinnig. Anfälle mit heftigen Convulsionen, Fall nach hinten.

Befund: Allgemeine Hyperämie des Gehirns. Sclerose der Schädelknochen; starker *Processus odontoideus,* Druckspuren vorzugsweise auf den Vordersträngen der *Medulla oblongata.*

Nr. 6. 34jähriger, lediger Arbeiter, seit seinem

5. Jahre epileptisch, zuletzt blödsinnig. Anfälle mit starken Drehbewegungen, Krämpfe aller Muskeln.

Befund: Dünner Schädel, stark entwickelte *Processus anonymi*; Oliven und Pyramiden auf beiden Seiten stark atrophirt.

Nr. 7. 38jähriger, lediger Handwerker. Periodische Tobsucht; Epilepsie mit starken allgemeinen Krämpfen; Fall nach rückwärts.

Befund: Hochgradige Sclerose der Schädelknochen. Starke Verengerung des Kanaleingangs (Circumferenz des Hinterhauptloches = 5,3 Centimet., grösster Durchmesser von vorne nach hinten 1,2 Centim., grösster Querdurchmesser 2,2 Centim.). *Processus odontoid.* normal. Starkes Vorragen des hinteren Atlasbogens in das *Lumen* des Kanals; starke Abplattung der *Medulla oblongata* an der dem hinteren Atlasbogen entsprechenden Stelle.

Nr. 8. 36jähriger, lediger Bauernknecht. Periodische Tobsucht mit Hallucinationen. Seit seinem 22. Jahre epileptische Anfälle mit heftigen Convulsionen; Fall nach rückwärts.

Befund: Knorpliche Hervorbuchtung am *Process. odontoid.* durch bedeutende Verdickung des Bandapparates, welcher den *Proc. odontoid.* überkleidet. Ungleichmässig atrophirte *Medulla oblongata.*

Hiezu kommt ein neunter Fall, jedoch mit negativem Befund, in der die eben aufgeführten achtFälle charakterisirenden Richtung.

Es war ein 30jähriger Bauer. In seinem 15. Jahre erlitt er eine Gehirnerschütterung, vielleicht mit Zerrung der *Medulla.* (Er ward durch einen scheugewordenen Ochsen eine Strecke weit geschleift.)

Bald darauf stellten sich epileptische Anfälle und dann allmählig psychische Abnormitäten ein. Sie hatten bereits 1857 einen hohen Grad erreicht und gingen mit

periodischer Tobsucht einher. Die Paroxysmen von ungewöhnlicher Intensität und stets verbunden mit excessiven Convulsionen, waren mit einem hochgradigen Mordtrieb verbunden, der Kranke ausserordentlich gefährlich. Im Jahre 1864 erlag er seinen Anfällen. Die Section zeigte zwar ein sehr verdicktes sclerosirtes *Cranium*, aber der Eingang in den Spinalkanal zeigte keine Abnormität in den ihn zusammensetzenden Gebilden, keine Spuren des von aussen kommenden Drucks auf die *Medulla*. Dagegen war sie in hohem Grade hyperämisch und hiemit theilnehmend an dem allgemeinen hyperämischen Zustande, welcher sich in sämmtlichen Häuten, sowie im Parenchym sowohl des Gross- wie Kleinhirns nachweisen liess. Ausserdem war die gesammte Hirnsubstanz sclerosirt.

Ich bin nun weit entfernt, auf die hier gegebenen Beobachtungen jetzt schon eine allgemeine pathologische Regel gründen zu wollen, hiezu sind weder die positiven Beobachtungen noch die Gegenbeobachtungen zahlreich genug.

Allein ich halte diese Beobachtungen auch nicht für geringfügig genug, als dass ich sie den Fachgenossen nicht zur Prüfung und weiteren Verfolgung der inmitten liegenden Fragen vorlegen zu müssen glaubte.

Nachschrift. — Wenige Tage nach der Absendung des das obige Thema behandelnden Manuscripts starb wieder ein Epileptischer in der Anstalt und bot bei der Section so merkwürdige, die früheren Beobachtungen bestätigende Befunde dar, dass ich mich nicht enthalten kann, die Beschreibung dieses Falles noch schnell nachfolgen zu lassen.

Er betraf einen jungen ledigen Menschen von 24 Jahren aus dem Arbeiterstande, der früher gesund, 5 Jahre vor seiner Aufnahme in die Anstalt Anfälle von

Epilepsie, angeblich in Folge eines Schreckens, erlitten hatte, welche sich von da wiederholten, allmählich mit periodischen Anfällen von Tobsucht sich verbanden, woraus sich schliesslich und unter Fortdauer der epileptischen Anfälle secundärer Blödsinn in der Form von Verwirrtheit entwickelte.

Alle angewandten Heilversuche erwiesen sich als fruchtlos, die Anfälle traten immer wieder — wenn auch nicht täglich und in gleich starker Intensität — auf.

Der Tod des Kranken trat ein, nachdem derselbe drei Tage lang durch heftige Convulsionen, die fast keine Pause mehr machten, heimgesucht worden war.

Die Section zeigte Blutüberfüllung des Gehirns und seiner Adnexe in grosser Ausdehnung, und gleich den Häuten nahm auch das Schädeldach an der hochgradigen Hyperämie Antheil. Wahrhaft frappirend aber war nun nach ausgelöstem Gehirne der Befund des Einganges in den Spinalkanal. Er stellte sich einfach als eine auch vom kleinsten Finger nicht zu durchdringende Queerspalte dar, deren Längendurchmesser die Richtung von rechts nach links hatte und 24 Millimeter betrug, während der von vorne nach hinten gehende Breitendurchmesser 9 Millimeter ergab, welcher somit auf die Hälfte der Norm reducirt erschien.

Dieser Verengerung conform war auch die in einer Abplattung sich aussprechende Abnormität des verlängerten Markes.

Von allen bereits vorher beschriebenen Fällen ist dieser der prägnanteste, ganz und gar geeignet, den Beweis fast sicher zu stellen, dass die gröbsten und gefährlichsten Beleidigungen der *Medulla oblongata* durch mechanischen Druck und mechanische Reizung von Seite des den Spielraum dieses Organs beengenden Einganges in den Wirbelkanal hervorgebracht werden.

Gehörsstörungen und Psychosen.

Studien über einige Beziehungen peripherischer Erkrankungen der Sinnesorgane zu psychischen Krankheitserscheinungen.

Von

Dr. **Köppe,**

zweitem Arzt an der Provinzial-Irren-Anstalt bei Halle.

Am Ende seiner werthvollen Arbeiten über Santonwirkungen spricht *Rose* auf Grund eigener Erfahrungen seine Ansichten über Hallucinationen aus. Er beschreibt als solche subjective Sinneserscheinungen, die neben dem vom Lichteinfall abhängigen Gelb- uud Violetsehen, das als Folge einer Affection der Netzhaut resp. des Sehnerven zu erklären ist, von den Versuchspersonen während der verschiedenen Stadien des Santonrausches beobachtet worden; ausser dem Gehör sind die übrigen Sinne mehr oder minder intensiv und gleichzeitig betheiligt. Vor Allem schildert er die Gesichtserscheinungen bei geschlossenen Augen von lebhaftem Charakter: „von der einfachen formlosen Färbung des Gesichtsfeldes werden alle Uebergänge bis zum Auftritt sich bewegender bunter und gestalteter Erscheinungen angetroffen. In einem Falle war ein hellrother Fleck das Erste, dann wurde seine Umgebung blau, jedoch bewegt, wie ein Knäuel Würmer. Im anderen Falle war das Feld ruhig blau, jedoch nur in der Mitte, mit einem rothen Kreise. Später jedoch ging das Feld von Roth in Violet und

Blau über, wobei sogleich ein lebhaftes und anhaltendes Getümmel von grünen Kugeln aus rothem und gelbem Staube auf diesem blauen Grunde begann."

Ich wiederhole diese Schilderung, um mit ihr die Beobachtung *Johannes Müller*'s zu vergleichen, wonach „unser dunkeles Sehfeld bei geschlossenen Augen nie ganz frei von Strahlen, wallenden Nebeln, Lichtflecken, Feuerkugeln, sich metamorphosirenden Farbenfeldern ist."

Es erscheint mir zweifellos, dass die *Rose*'schen Gesichtserscheinungen in directer Folge von dem Santongenusse abhängen, aber auch eben so sicher, dass sie ihrem Charakter nach analog zu halten sind denen, die im freien Zustande, ausserhalb medicamentösen Einflusses, in den von *Müller* angegebenen Formen und Farben empfunden werden.

Müller nennt sie einfache subjective Sinneserscheinungen; so werden sie auch jetzt noch *κατ' ἐξοχήν* bezeichnet, als die durch innere Reize verursachten Empfindungen, die den objectiven natürlich ähnlich, aber doch einfacheren Charakters, unbestimmter, flüchtiger etc. sind. Sie treten in den bekannten Typen, im Gesichtssinne am einfachsten als Flimmern, Funken-, Kugeln-, Kreisesehen etc., im Gehörssinne als Klingen, Brausen etc. auf; sie pflegen, wenn ihr Charakter geschildert wird, mit den objectiven Empfindungen meist verglichen, sehr selten als diesen gleich beschrieben zu werden. Bei älteren Schriftstellern haben sie als Sinnestäuschungen figurirt und sind, wie *Müller* sagt, lange unter einem falschen Gesichtspunkte betrachtet worden. Für einige kann der Ort der Entstehung vor oder in der peripherischen Ausbreitung oder im Verlaufe des Sinnesnerven nachgewiesen werden; für andere wird er in das cerebrale Ende (Centrum) des Sinnesorgans verlegt.

Die *Rose*'schen Sinneserscheinungen, einzelne oder

eine Folge und ein Wechsel mehrerer, sind unter solche „subjective Sinnesempfindungen“ einfachen Charakters zu subsumiren, wenn sie immerhin auch durch den Santonrausch entstanden und dadurch (z. B. der Dauer nach) modificirt erscheinen. Sie werden von *Rose* Hallucinationen genannt. Er sagt, dass er sich hierbei streng an die *Esquirol*'sche Definition halte; „es hallucinire, wer die Ueberzeugung einer Empfindung habe, ohne dass der Sinn von aussen erregt ist.“ Es ist richtig, dass *Esquirol* im ersten Satze seiner Arbeit diese sehr weite Definition giebt; im Verlaufe seiner Abhandlung beschränkt er indessen cette sensation auf die Wahrnehmung von Worten, Gesprächen, Erscheinungen des Teufels, der heil. Jungfrau etc. In Folge dieser Beschränkung ist der Name Hallucination conventionell für die subjectiven Sinnesbilder geworden, deren Inhalt complicirt und den zusammengesetzten bestimmten Formen und Farben etc. der gewöhnten Objecte (Menschen, Landschaften etc.) entsprechend erscheint und zugleich für real gehalten wird.

Subjective Phänomene desselben complicirten Inhalts mit der ganz bestimmten Qualität sinnlicher Empfindung bei vorhandenem Bewusstwerden des subjectiven Entstehens hat *Müller* zu den bekannten Sinnesphantasmen gruppirt. Von *Rose* sind Phantasmen die Phänomene genannt, die durch Gebilde und Beiwerke der Phantasie in den einfachen subjectiven Sinnesempfindungen (Hallucinationen *Rose*'s) als complicirte Gestalten, Töne etc. obiger Art erscheinen, wie sie Kindern erscheinen, die in die Wolken am Himmel Zwerge hineindeuten u. s. w. Ebenso wie sie sind ihm die Gestalten, Töne (Menschen, Stimmen), die ohne das Substrat der erwähnten subjectiven Sinnesempfindungen kommen und gleichfalls des realen Sinneseindruckes ermangeln, reine Aequivalente der phantastischen Vorstellungen.

Im Anschluss an diese Ansicht empfiehlt auch *L. Meyer* für diese Erscheinungen, die nach ihm grundsätzlich verschieden von Sinneseindrücken sind, „den Namen Sinnestäuschungen, Hallucinationen oder Illusionen aufzugeben und sie als Phantasmen von den subjectiven Sinneserscheinungen zu trennen."

Die Bezeichnung Phantasma für die erwähnten Vorgänge hat hier eine wesentlich andere Bedeutung, als im *Müller*'schen Sinne*). Die phantastischen Sinneserscheinungen *Müller*'s „werden nicht durch die Wirkung der Einbildungskraft aus den im Sehorgan haftenden Lichtflecken, Nebeln ergänzt, in der Art, wir wir am hellen Tage durch Wirkung der Einbildungskraft das Unvollkommene zum Vollkommenen ergänzen." „Sie entstehen vielmehr urplötzlich, nicht aus Lichtflecken — — im ganz dunkeln Sehfelde entstehen plötzlich Gebäude, Pflanzen etc." Ausdrücklich wird hierdurch darauf hingewiesen, dass die Wahrnehmung der complicirten Erscheinungen nicht so zu Stande kommt, wie etwa eine lebendige selbstbewusste Einbildungskraft aus den Wolken Zwerge, aus dem Eise einer gefrorenen Fensterscheibe eine Landschaft heraussieht.

Dass die Phantasie willkürlich und spielend aus gegebenen Elementen subjectiv oder objectiv angeregter Sinnesthätigkeit complicirte Formen herausbilden kann, wird natürlich nicht geläugnet. Wenn aber *Müller* aus den im Sehfeld haftenden Lichtflecken und Nebeln bald eine Wolke, bald ein Thier sah, so blieb doch der Lichtflecken, der ihm als Vergleichspunkt die Unwahrheit des Eingebildeten zum Bewusstsein brachte. Den Producten dieser umbildenden Phantasie legt er ganz andere Eigenschaften bei, als den plötzlich und sogleich in

---

*) *Müller* leitet die Bezeichnung von dem Aristotelischen Phantastikon ab.

ganzer Farben- und Formencomposition entspringenden Bildern.

Die letzteren sind hiernach von ganz anderer Qualität als die nach *Rose* resp. *Meyer* so zu nennenden Phantasmen. Das nicht seltene Vorkommen der *Müller*'schen Phantasmen lässt jeden, der sie gehabt hat, den Unterschied zwischen den einfachen subjectiven Sinneserscheinungen und den durch eine bewussthätige Phantasie oder die durch Zuthaten der Einbildungskraft, ev. incorrecte Beobachtung umgebildeten und ergänzten Bildern oder gar den lebhaften Vorstellungen unmittelbar empfinden. Es ist werthvoll, dass hinsichtlich der Erfahrungen, die nur am eigenen Leibe gemacht werden können, anderen durch die detaillirten Zeugnisse der genausten und correctesten Beobachter die Klarheit und Sicherheit der Empfindung solcher Selbsterscheinungen gegeben und begründet wird.

Es erscheint auf Grund solcher Betrachtung zunächst inopportun, solchen Sinnesempfindungen, die bereits unter bestimmten Benennungen genau charakterisirt und gruppirt waren, andere für Anderes gebrauchte Namen zu geben: die p. s. d. einfachen subjectiven Sinnesempfindungen, die *Rose* beschreibt, als Hallucinationen zu bezeichnen. Andererseits dürfte die Bezeichnung „Phantasma“, anstatt im Sinne *Rose*'s und *Meyer*'s für die bisherigen „Sinnestäuschungen, Hallucinationen etc.“ deswegen im alten Sinne für die von *Müller* geschilderten phantastischen Sinneserscheinungen weiter zu gebrauchen sein, weil diese sich als eine charakterisirte Gruppe hervorheben und sich von denen *R.*'s unter Anderem durch die entschiedene Qualität einer im Sinnescentrum angeregten wirklichen, nicht einer der Vorstellungsthätigkeit immanenten Sinnesempfindung trennen lassen.

Dass jene Vorgänge (Hallucinationen etc.) in der

That nicht die gleiche Qualität mit einer durch ein äusseres Object angeregten Empfindung haben, ergeben die Aussagen der Kranken; dass sie aber grundsätzlich verschieden von Sinneseindrücken seien, zwingen dieselben Aeusserungen zu bestreiten. Die Kranken beschreiben sie als etwas Anderes als reine Vorstellungen; sie legen ihnen entweder direct und entschieden das Attribut einer, wenn auch noch so modificirten Sinnesempfindung bei; sie behaupten, dass die Stimmen durch akustische Apparate, die Erscheinungen durch Spiegel auf sie dirigirt wurden; oder sie zeigen es indirect, indem sie sich häufig im Moment der Wahrnehmung wie objectiven Eindrücken gegenüber verhalten, abwehren, hindeuten, horchen oder sich die Ohren verstopfen etc.

Sinnesvorstellungen erzeugen höchstens eine ganz schwache sinnliche Empfindung, deren Existenz dieser Schwäche wegen von Vielen sogar bestritten wird; sie sind auch von schwachen Bewegungsanschauungen begleitet. Eine stärkere Erregung, eine Prävalenz dieser begleitenden Sinnesthätigkeit resp. Empfindung, so dass sie intensiver oder in irgend welcher veränderten (perversen) Qualität wahrgenommen wird, lässt sie inadäquat den gewöhnlichen inneren Reizen (Vorstellungen) erscheinen und die Reizquelle nach aussen projiciren, von wo Empfindungen dieser Qualität und grösseren Intensität erfahrungsgemäss durch äussere Objecte angeregt zu werden pflegen.

Da auch die lebhaftesten Vorstellungen Gesunder, mit wenigen Ausnahmen, nie das Gepräge lebhafter Sinnesempfindung tragen und die Phantasmen *Müller*'s ganz ohne das Zuthun des Vorstellens (Einbildens) zu Stande kommen, so kann der Entstehung dieser Art Empfindungen nur eine Störung der normalen Beziehungen zwischen Vorstellungs- und Sinnesthätigkeit un-

tergelegt werden: sie müssen als Krankheitselemente betrachtet werden.

Als solche sind sie die wichtigen Theilerscheinungen des Irreseins. Deswegen und wegen der bisherigen conventionellen Anwendung erscheint der Fortgebrauch der Bezeichnung Hallucinationen um so angemessener, als das Wort seiner Abstammung nach (*ale*) nur den Begriff des Irreseins involvirt.

Sobald objective oder einfache subjective Sinneseindrücke, gleichviel ob peripherisch oder central entstandene, unter Direction gewisser Vorstellungsrichtungen, Stimmungen, bei modificirtem Bewusstsein etc. umgebildet (*Griesinger*) empfunden werden, sind sie im *Esquirol*schem Sinne als Illusionen charakterisirt. Auch für sie gilt es, dass die schliesslichen Empfindungen zwar im Allgemeinen den Umdeutungen und Ergänzungen der realen Sinneseindrücke Gesunder, bei denen das wirkliche Empfindungsobject haftend bleibt und „wobei über die Unwahrheit des Eingebildeten reflectirt werden kann“, ähneln; dass sie jedoch neben dem Charakter des Aufgezwungenen viel lebhaftere überzeugendere Qualität haben, die weniger leicht eine Correctur durch Kenntnisse, Erfahrung, Controle anderer Sinne etc. zulässt.

Bei dem krankhaften Vorgange der Hallucinationen und Illusionen ist es die Frage, ob die Qualität der centralen Sinnesthätigkeit an sich das sich Aufdrängende, Ueberzeugende ist, oder ob das Bewusstsein so modificirt ist, dass die Sinnesthätigkeit gegen den normalen Modus der einfachen subjectiven Erscheinungen wahrgenommen wird. Dass die centrale Sinnesthätigkeit als Effect dem ungetrübten Bewusstsein ein complicirtes Bild ohne den Reiz der Vorstellungsthätigkeit zur Wahrnehmung bieten kann, beweisen die Phantasmen *Müller*'s. Hallucinationen sind dagegen central erregte Sinnesempfindungen, die wohl ohne gleichzeitige begleitende Vor-

stellung, als den erregenden Reiz nicht gedacht werden können. Indessen lassen sie eben nach den Aussagen der Kranken nicht entscheiden, ob die abnorm verstärkte oder perverse centrale Sinnesthätigkeit als eine isolirte und specielle Störung im Mechanismus des Vorstellens, oder die Modification des Bewusstseins für die fragliche Sinneswahrnehmung als Erscheinung eines allgemeinen pathologischen Gehirnzustandes das Primäre ist; jedenfalls mag das Letztere am häufigsten vorkommen.

Bei den Illusionen lässt sich die Ansicht über das Zustandekommen des Vorganges so formuliren, dass objective Reize im Sinnescentrum zu den der Norm entsprechenden Bildern zusammengesetzt werden, gleichzeitig eine Vorstellung mit derselben Sinnesthätigkeit ausgelöst wird, zur Wahrnehmung indessen nicht der objective Sinneseindruck, sondern die die Vorstellung begleitende Sinneserscheinung mit dem ungefähren Charakter der objectiven kommt. Es kann nicht geläugnet werden, dass beide Vorgänge bei der Hallucination wie Illusion vieles Gemeinsame haben; wesentlich für die Illusion scheint mir nur zu sein, dass die peripherisch angeregte Sinnesthätigkeit eine Vorstellung innerhalb der Energie desselben Sinnes auslöst, während die den Hallucinationen zu Grunde liegenden Vorstellungen von anderen Sinnen resp. Reizen subjectiv oder objectiv angeregt werden können.

Ein Versuch, das Wesen dieser Störungen im Allgemeinen weiter zu erörtern, soll aber um so weniger gemacht werden, als es zunächst darauf ankam, den Gesichtspunkt festzustellen, von dem aus die nachfolgenden Beobachtungen in diesem Gebiete betrachtet werden; sodann zwischen die einfachen subjectiven Sinnesempfindungen einerseits und Hallucinationen und Illusionen andererseits, die, wie mir scheint, von *Rose* und *Meyer* ohne dringende Nöthigung mit Namen von bisher ande-

rer conventioneller Bedeutung bezeichnet worden, die Gruppe der *Müller*'schen Phantasmen, die auch *Brosius* in seiner Classification beibehalten hat, einzuschieben.

Vor den anderen hier zu betrachtenden Einflüssen, die die Erkrankung des Gehörapparates auf Einzelerscheinungen und Verlauf der Psychosen äussern, sollen

Nr.	Name etc. Aufnahme in die Anstalt.	Ursache, Dauer, Verlauf der Ohrenkrankheit.	Ohrenkrankheit.	Hörfähigkeit.
1.	*Karl Schroeter*, Landmann, 36 J aus Löbersdorf. Aufg. März 1845. Gest. Mai 1845.	Nach heftigem Kopfweh im 24. J. zunehmende Schwerhörigkeit bis zur Gehörlosigkeit.	Erkrankung des nervösen Apparates. (Cerebral.) Starb an Tuberculose; Residuen einer Basilar-Meningitis; Stämme der Acustici nicht krank.	Gehörlos, fühlt nur die Schallschwingungen
2.	*Karl Schulze*, Bergmann, 38 J., aus Wettin. Aufg. August 1857.	Unbekannt, im 20. J. entstanden; zunehmend schwerhörig; jetzt gehörlos.	Erkrankung des Nervenapparates.	Gehörlos, fühlt nur d. Schwingungen der Stimmgabel.
3.	*A. R*, Dr. med. 68 J., aus Teuchern Aufg. Juli 1845.	Nach Nervenfieber im 20 J. zunehmend schwerhörig bis zur Gehörlosigkeit.	"	Gehörlos.
4.	*A. Scheifler*, Pastorwittwe, 58 J., aus Bleicherode. Aufg. Sept. 1856. Gest. März 1866	? Schon 1858 war sie schwerhörig; bis 1865 allmählig gehörlos geworden.	Sect.-Bef. Synostose der Steigbügel mit den ovalen Fenstern. Strangförmige Adhäsionen im *Cavum Tympani*. (Arch. für Ohrenheilk. II	Dec. 65 gehörlos.
5.	*Dor. Koch*, Fabrikarbeiterin, 37 J., aus Mühlhausen. Aufg. Juni	Nach Scharlach im 12. Jahre eitrig. Ausfluss aus beiden Ohren wäh-	Sect.-Bef. Trommelfell nicht perforirt; Synostose der Steigbügel	Im letzten Jahre für Uhr und Sprache gehörlos. Taub-

zunächst die Beziehungen einer durch nachweisbare peripherische Erkrankung des Sinnesorgans bedingten Functionsstörung auf seine centrale Thätigkeit bei psychischen Krankheiten: die Abhängigkeit der Hallucinationen und Illusionen von Gehörsstörungen untersucht werden.

Einfache subjective Geräusche.	Phantasmen, Illusionen und Hallucinationen		Gehörs-, Nerven- und Gehirnkrankheiten bei Blutsverwandten.
	des Gehörs.	der anderen Sinne.	
?	Keine.	Keine.	Keine.
Nur im Anfang der Gehörserkrankung Summen und Sausen.	Keine.	Illusionen des Gesichts; perverse Gefühle.	Keine.
Von Anfang an continuirliche gemischte Geräusche, Klirren, Poltern, Sausen etc.	Illusionen aus subjectiven Geräuschen.	Seltene Gesichtshallucinationen (Phantasmen).	Die einzige Tochter ist „nervös und schwerhörig".
Früher zu constatiren; wahrscheinlich bis zum Tode.	Hallucinationen.	Hallucinationen des Gesichts. (Seit 1864 erst rechts, dann links erblindet.) Illusionen des Gefühls.	Keine.
Klappern, Sausen „wie Erdbeben", continuirlich.	Illusionen aus den subject. Geräuschen.	Gesichtsillusionen	Keine.

Nr.	Name etc. Aufnahme in die Anstalt.	Ursache, Dauer, Verlauf der Ohrenkrankheit.	Ohrenkrankheit.	Hörfähigkeit.
	1863. Gest. Oct. 1866.	rend mehrer Jahre; zunehmend schwerhörig.	mit den ovalen Fenstern beiderseits.	stumm geworden.
6.	*Wilh. Freudenberger*, Arbeiter; 63 J., aus Sitzenrode. Aufg Dec. 1845.	Seit der Jugend schwerhörig.	Chron. Entzündung des mittleren Ohres; Trommelfelle verdickt.	Für Uhr und Sprache gehörlos; gewisser Grad v. Taubstummheit.
7.	*Wilh. Asche*, Weber, 61 J., aus Weilrode. Aufg. Oct. 1848.	„Nervenfieber" im 14. Jahre; darnach zunehmend schwerhörig.	Verdickungen und partielle Atrophieen der Trommelfelle.	Uhr ? Lautes Sprechen. l. 3'', r. 4''.
8.	*A. L. Fischer*, Graveur, 66 J., aus Suhl. Aufg. April 1857.	Seit dem 16. J. unter anfänglichen Schmerzen allmählig schwerhörig geworden.	Chron. Catarrh des mittl. Ohres; Verdickung der Trommelfelle.	Uhr nur beim Anlegen gehört; Flüsterzahlen. L. auf 4'', R. 3'.
9.	*J. W. Düring*, Zimmermeister, 60 J., aus Annaberg. Aufg. Nov. 1855.	? Bereits 1850 schwerhörig gewesen.	Verdickungen und Verkalkungen d. Trommelfelle.	Uhr 0. Stimmgabel durch die Kopfknochen gehört; Sprache nur beim directen Hineinsprechen.
10.	*J. C. Lichtenfeld*, Landmann, 58 J., aus Wespen, Auf. Dec. 1859.	Nach „Nervenfieber" im 20. J. allmählig schwer-hörig. 1840 und 1854 fast gehörlos auf kurze Zeit; 1858 eitriger Ausfluss a. d. linken Ohre.	L. geheilte Perforation des Trf., daneben Verdickungen. R. starke Trübungen.	Uhr 0. Sprache nur beim directen Hineinsprechen in's Ohr.
11.	*J. D. Krause*, Schneider, 57 J., aus Weberstedt.	Im 19. Jahre ohrenkrank.	Links Perforation des Trf. (Eiterung der Pau-	L. Uhr beim Anlegen gehört. (Nach

Einfache subjective Geräusche.	Phantasmen, Illusionen und Hallucinationen.		Gehörs-, Nerven- und Gehirnkrankheiten bei Blutsverwandten.
	des Gehörs.	der anderen Sinne.	
? wahrscheinlich.	Nach einem Schlage auf den Kopf 1840 „Stimmen", wahrscheinlich bis jetzt.	?	Keine.
In der Jugend continuirlich Brausen und Brummen; jetzt meist noch.	Nach einem Schlage auf den Kopf 1857: „Himmelsstimmen, bis jetzt.	Seltene Gesichts- und Gefühlsillusionen.	Keine.
Seit dem 16. Jahre continuirlich Sausen, Schleifen, Läuten etc.	Phantasmen seit dem 30. und Hallucinationen seit dem 56. Jahre.	Phantasmen und Hallucinationen der übrigen Sinne.	Grossvater mütterl. blind u. taub; Vater schwerhörig; 2 Brüder schwerhörig und psychisch nicht correct; eine Schwester fast, eine andere ganz gehörlos.
Oft Sausen und Brausen.	Nach einem Sturze 1852 „Stimmen im Brausen."	Geschmacksillusionen (? Gift.)	Keine.
Schmerzen in beiden Ohren. „Brausender Wind" etc. Singen und Pfeifen, bes. a. d. linken Ohre.	„Zuweilen, aber nicht viel Stimmen."	Illus. des Gesichts und Geschmacks.	Keine.
Zuweilen ?	Hört die Stimme der Verfolger. (Selten.)	Illusionen des Gesichts.	Keine.

Nr.	Name etc. Aufnahme in die Anstalt.	Ursache, Dauer, Verlauf der Ohrenkrankheit.	Ohrenkrankheit.	Hörfähigkeit.
	Aufgen. Februar 1861.		kenschleimhaut). R. Trübung der Trf.	Cathet. auf ¼". R. ½" (resp. 1").
12.	*J. G. Thomas*, Landmann, 59 J., aus Wenigensömmern. Aufg. Januar 1845.	Seit der Kindheit schwerhörig.	R. Perforation des Trf. (Eiterung d. Paukenschleimhaut.) L. Trübungen des Trf.	L. Uhr beim Anlegen gehört. R. nicht Sprache beim directen hineinsprechen ins Ohr.
13.	*H. Krüger*, Schneider, 33 J., aus Seehausen. Aufg. März 1864.	Als Knabe „Scropheln" u. Eiterausfluss a. den Ohren, allmählich schwerhörig geworden.	Perforation der beiden Trf Eitriges Secret der Paukenschleimhaut.	?
14	*M. S. Zickel*, unverehel., 53 J., aus Wahrenberg. Aufg. Juni 1859. Gest. Febr. 1864.	Von Jugend auf schwerhörig.	Sect.-Bef. R. defect im Trf. Anchylose des Hammer - Ambosgelenkes. L. Verkalkung des Trf. Bindegewebsneubildung in d. Paukenhöhle. (Arch. f. Ohrenheilk I. 216.)	Sprache nur beim Hineinsprechen ins Ohr.
15.	*Fried. Hecht*, Maurer, 63 J., aus Wittenberg. Gest. März 1864.	In der Jugend Nervenfieber, danach schwerhörig. Potator.	Sect.-Bef. Senile Hypertrophie u. Hyperämie der Paukenschleimhaut. Spitze Exostose in d. rechten Paukenhöhle. (Arch. f. Ohrenkeilk. I. 213.)	Sprache auf 6'.
16.	*Gottlieb Rinnebach*, Arbeiter, 50 J., aus Seebach Aufg. Mai 65.	Im 13. Jahre ohrenkrankgeworden.	Perfor. der Trommelfelle.	Uhr beiderseits auf 2-3". Sprache 20'.

Einfache subjective Geräusche.	Phantasmen, Illusionen und Hallucinationen		Gehörs-, Nerven- und Gehirnkrankheiten bei Blutsverwandten.
	des Gehörs.	er anderen Sinne.	
Oefter sehr laute Geräusche.	Zuweilen Illusionen aus den subjectiven Geräuschen; meist „Gedankensprache, Sympathie; die hört man nicht, das ist nur Einverständniss.	Seltene Erscheinungen.	Keine.
?	Anfangs „Stimmen" beschrieben.	?	Keine.
?	Sprach viel für sich in Form von Dialogen.	?	Keine.
Häufig Rauschen und Klingen.	Illusionen u. Hallucinationen.	Gesichtshallucinationen.	Keine.
Sausen und Brausen.	Illusionen u. Hallucinationen.	Gesichts- und Gefühlshallucinationen.	Keine.

Nr.	Name etc. Aufnahme in die Anstalt.	Ursache, Dauer, Verlauf der Ohrenkrankheit.	Ohrenkrankheit.	Hörfähigkeit.
17.	*G. Ritter*, Landmann, 69 J., aus Döllnitz. Seit 36 in Anstalten.	? Allmählig schwerhörig geworden	(Pfröpfe). Trübungen d. Trommelfelle.	Uhr auf 1''. Sprache auf 5-6'.
18.	*A. E. Lindstedt*, Arbeiterfrau. 58 J., aus Badingen. Aufg Dec. 1860.	Als sie 1854 einen Schlag auf den Kopf erhielt, war sie schon schwerhörig.	Lässt sich die Ohren nicht untersuchen	Uhr nur beim Anlegen an die Ohren; Sprache auf 3'.
19.	*Wilh. Bildge*, Arbeiterwittwe, 53 J., aus Frohse. Aufg. Jan. 1861.	1842-1857 angeblich sehr schwerhörig gewesen; seitdem viel besser.	Trübung und Verdickung d. Trommelfelle.	Uhr auf 4'' beiderseits gehört; für Sprache gut.
20.	*Fr. A. Mauff*, Steueraufseher, 40 J., aus Artern. Aufg. April 1862.	„Seit den letzten Jahren Sausen.“	Verdickungen der Trf. mit chron. Hyperämie der Hammergefässe.	Uhr auf 4', für Sprache gut.
21.	*J. Spörel*, Secretairswittwe, 62 J., aus Erfurt. Aufg. Jan 1857.	Seit ca. 11 Jahren rechts allmählich schwerhörig geworden; früher schon zur Zeit der Menses auf demselben Ohre.	Sehnige Trübung des rechten Trf.	Links: Sprache auf 30 Fuss, Uhr 1', Rechts: Uhr nur beim Anlegen ans Ohr, Sprache auf 6''.
22.	*H. K. Roethe*, Webermeister, 39 J., aus Rockendorf. Aufg. Dec. 1866.	Im März 1866, nach dem Herausholen eines Serumen-Pfropfes eitriger Ausfluss aus dem linken Ohr.	Entzündung des äusseren Gehörgangs und Trf.	Links: Uhr 1', Sprache 8'. R. Uhr 4', Spr. 30'.
23.	*Christ. Plato*, Rentier, 40 J., aus Nietleben (nicht in der Anstalt).	Seit dem 34. Jahre Sausen u. zunehmende Schwerhörigkeit nach anhaltenden Nachtwachen u. Erkältungen.	Chron. Catarrh d. Paukenhöhle mit Hypertrophie der Schleimhaut und partieller Verkalkung des (l.) Trommelfells.	Juni 1864. Uhr beim Anlegen nicht gehört; laute Sprache, rechts auf 12'', links 6''. Febr. 1865. Uhr

Einfache subjective Geräusche.	Phantasmen, Illusionen und Hallucinationen		Gehörs-, Nerven- und Gehirnkrankheiten bei Blutsverwandten.
	des Gehörs.	der anderen Sinne.	
Zischen und Sausen.	Illusionen aus den äusseren u. inneren Geräuschen. Hallucinationen.	Gefühlshallucinationen.	Keine.
Continuirliche, jetzt meist singende Geräusche.	Illusionen aus den subjectiven Empfindungen.	Illusionen des Gesichts.	Beide Eltern, ein Bruder und eine Tochter psychisch krank.
Häufig Sausen.	Illusionen u. Hallucinationen.	Bes. Gesichts-Hallucinationen.	Keine.
Fast continuirlich Summen und Zischen.	Continuirliche Illusionen und Hallucinationen.	Aller Sinne.	Vater Sonderling.
Wasserrauschen, Brummen etc., fast nur bei verschlossenem linken Ohre auf dem rechten zu hören. Schmerzen in dem Ohre häufig.	Illusionen aus den subject. Geräuschen im rechten Ohr.	Aller Sinne.	Schwester auf beiden Ohren schwerhörig, dass sie die Sprache nur beim lauten Schreien ins Ohr versteht; dabei psychisch krank (wiederkehrende Erregungszustände).
Links: continuirliche Geräusche und ziehende Schmerzen.	Links Illusionen aus den subject. Geräuschen.	Seltene Phantasmen und Hallucinationen des Gesichts.	Vater ist psychisch krank.
Sausen, Klopfen continuirlich während 4 Jahren.	Illusionen aus den subject. Geräuschen, so lange sie bestanden.	Gesichtsphantasmen.	Die Mutter geisteskrank, ein Bruder an Paraplegie der ob. u. unt. Extremitäten gestorben.

Nr.	Name etc. Aufnahme in die Anstalt.	Ursache, Dauer, Verlauf der Ohrenkrankheit.	Ohrenkrankheit.	Hörfähigkeit.
				rechts mit 2''', links beim Anlegen.
24.	*Karl Winkler*, Zimmergesell, 56 J., aus Meiseburg, Aufg. März 1853. Gest. März 1853.	Im 52. Jahre rechts Ohrenfluss.	Ohr nicht secirt.	? (*Dem. paral.*)
25.	*E. Bertha Gröschner*, Handarbeitersfrau, 32 J., aus Cletzen. Aufgen. 1866.	1863 nach wiederholten Erkältungen unter häufigem Brausen schwerhörig geworden.	Auflockerung der Tuben und Paukenschleimhaut, Trübung der Trf.	Uhr 6'' beiderseits
26.	*Ida Eb*, verheirathet, 35 J. aus M. Aufg. Sept. 1866.	Im 8. Jahre unter Schmerzen schwerhörig geworden.	Chron. Cat der Tuben und Paukenschleimhaut.	R. Uhr 6''. L. Uhr 2'.
27.	*G. W. Nagel*, Referendar, 52 J., aus Suderode. Aufg. Aug. 1864.	Nach Scharlach im 4. Jahre eitriger Ausfluss rechts; wiederholt nach äusseren Schädlichkeiten, seit dem 34. Jahre.	Rechts geheilte Perforation des Trf., chron. Entzündung des äussern Gehörgangs und Trf.	R. Uhr weder beim Anlegen ans Ohr noch an den Warzenfortsatz gehört; Sprache 3'. L. Spr. 30'.
28.	*Otto Pfeffer*, Gerichts-Actuar, 31 J., aus Magdeburg. Aufg. Sept. 1864.	Im 7. Jahre ohrenkrank; im 15 u. 16 Jahre häufig Sausen u. Pfeifen; seit mehreren Jahren nicht mehr.	Starke Trübungen beider Trf.	Uhr auf 2½'; für Sprache Gehör sehr fein.
29.	*A. Korn*, Handarbeiter, 21 J., aus Aufg. März 1865. Gest.	Seit frühester Jugend Ausfluss a. d. rechten Ohre.	Chronische Entzündung der Paukenschleimhaut; Rarefaction des Felsenbeins. Durchbruch in d. *Sin. transversus*. (Arch. f. Ohrenhlk. II. 3 Hft.)	Die Uhr wird beim Anlegen r. nicht gehört.
30.	*Theodor Weber*,	Seit den ersten Le-	R. Perforation des	Uhr rechts nur

…e subjective …räusche.	Phantasmen, Illusionen und Hallucinationen		Gehörs-, Nerven- und Gehirnkrankheiten bei Blutsverwandten.
	des Gehörs.	der anderen Sinne.	
…Jahre viel …n. Später	Keine.	Keine.	Keine.
…ine.	Keine.	Keine.	Keine.
…sen.	In den maniakalischen Anfällen immer während Stimmen.	Hall. des Gesichts und Gefühls.	Bruder u. Schwester der Mutter waren psychisch krank.
…einlich …irlich; …i angeb- …rch beide … vernom-	Illusionen aus den subjectiven Geräuschen.	Illus. u. Hallucinationen des Gefühls u. Geruchs.	Keine.
… ziehende …de …zen aus …Ohren in …pf; keine …che mehr.	Illusionen u. Hallucinationen continuirlich.	Gefühlsillusionen.	Keine.
…ne.	Keine.	Keine.	Keine.
… mitunter	Phantasmen.	Keine.	Mutter und eine

Nr.	Name etc. Aufnahme in die Anstalt.	Ursache, Dauer, Verlauf der Ohrenkrankheit.	Ohrenkrankheit.	Hörfähigkeit.
	18 J., aus Saathain. Aufg. 1866.	bensjahren eitr. Ausfluss a. dem rechten Ohre.	Trommelfells.	beim Anlegen gehört.. Links normal.
31.	*Andreas Beetz*, Arbeiter, 41 J., aus Milow. Aufg. Sept. 1866.	Im 3 Jahre Scharlach; danach Eiterausfluss aus d. rechten Ohre.	Rechts Perforation des Trf.	R. Uhr 1".

In der vorstehenden Tabelle sind die Kranken angeführt, bei denen eine erhebliche Krankheit des Gehörapparates nachgewiesen werden konnte. Ausser ihnen wurden noch bei 66 Anderen die Ohren physikalisch untersucht und hiernach die Specialbeobachtungen bei 97 Kranken verwandt.

Die physikalischen Untersuchungen des Gehörorgans sind zum Theil gemeinschaftlich mit Dr. *Schwartze*, Docenten für Ohrenheilkunde in Halle a./S., angestellt, zum Theil von ihm controlirt.

Die Ohrenkrankheiten sind zum grössten Theil Krankheiten des äusseren Gehörganges, des Trommelfells und des mittleren Ohrs. Die Erkrankungen der Ohrmuschel boten keine einschlägigen Beziehungen und blieben ausser Rücksicht. In drei Fällen musste wegen des Fehlens jeden objectiven Befundes in den erreichbaren Organtheilen und bei der bestehenden Gehörlosigkeit auf ein Leiden des nervösen Apparates geschlossen werden.

Bei ihnen und 24 anderen haben die Gehörsstörungen vor den ersten als psychisch gedeuteten Krank-

Einfache subjective Geräusche.	Phantasmen, Illusionen und Hallucinationen		Gehörs-, Nerven- und Gehirnkrankheiten bei Blutsverwandten.
	des Gehörs.	der anderen Sinne.	
Summen; seit dem Aufhören des Ausflusses nicht mehr. (64.) Keine.	Keine.	Gesichtsillusionen	Schwester psychisch krank. Onkel väterlich psychisch krank.

heitserscheinungen bestanden. Nur bei 4 ist die Gehörskrankheit zu den bereits bestehenden oder sich entwickelnden Psychosen hinzugetreten.

Die Ursachen der Gehörskrankheiten waren nachweisbar als Nervenfieber, Scharlach, Scrophulose, Erkältungen, äussere Schädlichkeiten bei 17; chronisch, ohne nachweisbares acutes Stadium, verliefen 11 Fälle; dazu kamen noch die 3 mit (nervöser) Erkrankung, resp. des Gehirns.

Ohrenkrankheiten und gleichzeitig auch Psychosen unter nahen Blutsverwandten kommen vor bei 3 Fällen (3., 8., 21.); ausserdem psychische Krankheiten etc. bei Blutsverwandten ohne gleichzeitige Gehörkrankheiten bei 7.

Während des Bestehens der psychischen Krankheiten haben 20 an mehr oder minder intensiven und anhaltenden Ohrgeräuschen gelitten; alle 20 haben Illusionen resp. Hallucinationen. Von den übrigen 11 ist bei 2 das Bestehen subjectiver Geräusche zweifelhaft, das von Illusionen und Hallucinationen d. G. aber constatirt; bei 1 bestehen keine einfachen subjectiven Geräu-

sche, wohl aber Illusionen und Hallucinationen; 7 haben keine subjectiven Gehörsempfindungen und auch keine Gehörshallucinationen.

Bei keinem der untersuchten Ohrenkranken aber bestehen einfache subjective Geräusche, ohne dass nicht gleichzeitig Illusionen und Hallucinationen des Gehörs vorkämen.

Hierzu kommen von den oben erwähnten 66 Kranken noch 26, von denen erhebliche subj. Geräusche empfunden worden; (schnell vorübergehende und seltene wurden nicht gezählt.) Von ihnen fand sich bei 7 eine chronische Hyperämie der Hammergriffgefässe. Auch sie haben alle Illusionen und Hallucinationen des Gehörs (4 Kranke, die Hallucinationen haben, zeigen zwar auch Hyperämie der Hammergriffgefässe, ohne einfache Geräusche zu haben; bei 3 mit derselben Hyperämie bestehen weder einfache Geräusche, noch Hallucinationen.)

Also auch hier ergiebt sich, dass die Kranken, die bei Hyperämie der Hammergriffgefässe einfache Ohrgeräusche, zugleich auch Gehörs-Illusionen und Hallucinationen haben.

Von den übrigen 19 Kranken haben Ohrgeräusche bei Cerumenpfröpfen 6 und davon 4 Gehörshallucinationen, 2 keine; bei 2 verloren sich nach Entfernung der Pfröpfe die Geräusche, nicht aber die Hallucinationen.

Unter den restirenden 13 kann bei 2 Anämie als der Grund der Geräusche angenommen werden, zu denen noch eine Kranke kommt, die wie jene an Puerperal-Psychose, ohne anämisch zu erscheinen, litt; alle 3 hatten ein continuirliches Gemisch von Geräuschen und Illusionen.

Bei 3 bestanden Geräusche und seltene Hallucinationen, ohne dass sie quantitativ oder qualitativ von einander direct abhängig zu denken waren; bei 7 bestanden subjective Geräusche ohne Hallucinationen.

Von 40 weiter untersuchten Kranken ohne subject. Geräusche waren 18 mit eclatanten Gehörshallucinationen (darunter die schon oben erwähnten 4 mit Hyperämie der Hammergriffgefässe.) Unter den 22 ohne Geräusche und Hallucinationen waren die ebenfalls oben erwähnten 3 mit Hyperämie d. H. G. G.

Während bei den Ohrenkranken niemals einfache Geräusche ohne Illusionen und Hallucinationen beobachtet wurden, waren unter 26 Nichtohrkranken *) mit einfachen subjectiven Geräuschen 9, die keine Halluc. etc. hatten. Unter ihnen sind 4 Epileptische, die in den relativ freien Zeiten nicht daran leiden; dass indessen Aehnliches während der Erregungsanfälle vorkommt, kann nicht bestritten werden; in den freien Zeiten erinnern sie sich dessen nicht; die Geräusche sind als cerebral entstanden anzunehmen.

Die zwei mit Cerumenpfröpfen hierher Gezählten haben die Ohrgeräusche nach Entfernung der Pfröpfe verloren; einer von ihnen war *Demens par.* (in einem längeren Remissionsstadium beobachtet), die Andere war Melancholica ohne Hallucinationen auch anderer Sinne. Von den 3 letzten mit anscheinend cerebral entstandenen Geräuschen litt eine an wiederkehrenden Erregungszuständen mit vorzugsweiser Unruhe im Bewegen, resp. Handeln (Schmutzereien, Zerreissen etc.); sie hatte keine weiteren Hallucinationen. Ein junger Mann litt an Anämie und befand sich im Depressionsstadium nach einem maniakalischen Anfalle; auch er hatte keine weiteren Hallucinationen; er genas. Der Dritte war *Demens par.*

So stellt sich heraus, dass von allen Kranken, bei denen einfache Geräusche constatirt, nur solche, nicht

*) Die Verstopfung des äuss. Gehörganges durch Ohrenschmalzpfröpfe und die Hyperämieen der Hammergriffgefässe habe ich hierbei nicht zu den Ohrenkrankheiten gerechnet.



Illusionen und Hallucinationen des Gehörs hatten, die an Epilepsie (4), an *Dem. par.* (2), an Erregungszuständen ohne prägnante Wahnvorstellungen (2), an melancholischer Verstimmung (1) litten.

Ueber den Mechanismus des Zustandekommens der Illusionen und Hallucinationen bei disponirtem Gehirn und Affection des Sinnesapparates zunächst Folgendes: Es können einfache subjective Geräusche, Phantasmen und Hallucinationen so getrennt empfunden werden, dass zunächst ein directer Zusammenhang nicht zu bestehen scheint. In reinster Form zeigt diese Verhältnisse die nachstehende Krankheitsgeschichte:

8. *A. L. Fischer*, Strumpfwirker, geb. 1800, ist verheirathet und hat 4 Kinder gezeugt. Der Grossvater mütterlicherseits war blind und taub; der Vater hörte schwer, die Mutter gut; zwei Brüder sind schwerhörig; von den zwei Schwestern ist die eine „fast, die andere ganz taub". Der gen. Grossvater und die beiden Brüder „galten für eigene Leute"; der eine der Letzteren wanderte aus; der andere wurde in höherem Alter Potator.

Im 16. Lebensjahre hatte *F.* öfter „Ohrenzwang" und wurde, ohne dass sich die Schmerzen später wiederholten, allmählig schwerhörig. Schon von dieser Zeit an litt er fast ununterbrochen an subjectiven Gehörsempfindungen, die den jetzt bestehenden durchaus ähnlich waren.

Später (im 30. Lebensjahre) hat er beim Einschlafen öfter eine Stimme gehört, „worüber er gestutzt". Erschrocken sei er beinahe, als er damals in der Fremde verdriesslich und einsam dagesessen und plötzlich ganz deutlich „nicht etwa wie eine Melodie, die einem im Kopfe herumgeht", ein Gesangsstück gehört, das in der Heimath Freunde oft mit ihm gesungen; „damals konnte ich mir's nicht erklären; ich wusste, dass ich es eigentlich aus der weiten Ferne nicht hören konnte".

„Sonderbarkeiten" hat man schon lange an ihm bemerkt; für wirklich krank galt er seiner Umgebung erst seit dem Winter 1856 bis 1857. Er nahm eifrigen Theil am Tischrücken, das in seinem Wohnorte vielfach exercirt wurde. Er hielt sich bald fest überzeugt, dass durch das Medium der Tische, ihr Drehen, Schütteln, Klopfen etc. Gott sich ihm offenbare. Später meinte er, dass Gott

sich noch unmittelbarer durch „Psychographie" ihm mittheile; er schrieb dann auf den Tisch, in die Luft; „Gott leitet mir diese Bewegungen oft anders, als ich will oder möchte; ich erkenne daraus seinen Willen." Später klopfte er auf sich oder andere Objecte, anstatt zu schreiben; „es kommt dann wie Zuckungen in den Arm"; es fing übrigens damals „die Stimme an, sich verlautbar zu machen" (1858). Schliesslich klopfte er nicht einmal mehr, sondern hörte nur auf „die innere Wissensstimme".

Seit seinem Aufenthalte in der Anstalt — April 1857 — hat sich sein psychisches Befinden nur insofern wesentlich geändert, als die früheren Erregungszustände seltener und weniger intensiv geworden sind. Er wähnt, Gott, der eine Weltverbesserung beabsichtige, wolle ihn dabei als Werkzeug gebrauchen; um ihn und die Welt darauf vorzubereiten, begnadige er ihn durch directe Mittheilungen, durch Zeichen etc., die er an sich mit allen Sinnen empfinde und wahrnehme.

Sein körperlicher Gesundheitszustand ist bis auf das Ohrenleiden ungestört; die physikalische Untersuchung der Brust und des Unterleibes lässt keine abnorme Beschaffenheit und Functionen der Organe erkennen. Der Ernährungs-Zustand ist gut; die Temporalarterien sind sehr geschlängelt und lassen sich wie die *Radiales* rigide fühlen.

Die Untersuchung der Ohren ergiebt: L. Gehörgang sehr trocken; Trommelfell stark verdickt — weiss; dazwischen einzelne rundliche, stark atrophische Stellen, von denen eine unten und etwas nach vorn vom Ende des Hammergriffs, die beiden anderen nach hinten von demselben gelegen sind; die Griffgefässe sind etwas gefüllt. R. Trf. gleichmässig milchweiss getrübt; Hammergriff verdeckt, Gefässe wenig angefüllt; unter und vor dem oberen Ende des Hammergriffs eine unregelmässige dreieckige eingesunkene atrophische Stelle von Hanfkorngrösse. Nach *Politzer*'s Versuch keine wesentliche Krümmungsveränderung. Die Uhr wird rechts und links nur beim festen Anlegen gehört; Sprache auf 8' abgewandt bestimmt; Flüsterzahlen links etwa auf 4', rechts auf 3'; Uhr beim Anlegen an die *Proc. mast.* undeutlicher; nach *Pol.* Versuch Gehör für Uhr und Sprache etwas besser. Die Sprache ist mässig laut, rein und deutlich.

Er empfindet häufig Jucken im Gehörgange. Ueber subjective Beschwerden, über die Art der oben erwähnten Mittheilungen und Zeichen sagt er (was er z. Thl. schon seit Jahren wiederholt): „Es ist das sehr schlimm mit den Ohrgeräuschen, ein Anderer würde schon ganz taub sein; es ist ja ein förmliches Zusammenläuten der Glocken, Sausen, wie in der Ferne Wasser rauscht, Schleifen, Klirren; wie Heuschreckenzirpen habe ich schon vom 16. Jahre an;

das war das erste, was ich an Gehörsempfindungen hatte. Das Sausen ist fast immer da, wenn auch nicht immer gleich stark. Die Stimme Gottes ist aber auch immer da. Nur wenn die Stimme Gottes recht lebhaft spricht und mir die wichtigsten Dinge offenbart, wie z. B. neulich die vierte Art der Erdbewegung, dann habe ich wohl gar keine Nebengehörsempfindung dabei; und ebenso wohl auch nur eine sehr schwache, wenn ein wirklicher Mensch interessant mit mir spricht; meine Aufmerksamkeit erscheint mir dann wenigstens nicht darauf gerichtet; sobald freilich das Interesse an der Rede aufhört, höre ich auch das Klirren, Klingen und Sausen wieder. Aus dem Sausen etc. höre ich gar keine Stimme, das hat mit dem anderen gar nichts zu thun."

„Ich könnte stocktaub sein und doch die Stimme hören; da brauche ich das Ohr gar nicht dazu. Die Stimme erschallt, wie ich wohl unterscheiden kann, in mehreren Abstufungen; die leiseste Stimme Gottes, von der würde ein Anderer sagen, das ist Denken, da man doch sein Denken auch gewissermaassen hören muss; so kaum zu bemerken ist's, dass man sich fragt: was hast du da gehört, was ist das? Sie werden doch glauben, dass Gott der Urheber aller Gedanken ist; anders ist's bei mir auch nicht, nur dass ich's höre und dadurch weiss, dass es direct von Gott kommt. Gott spricht zumeist in der dritten Abstufung zu mir, so laut und deutlich, dass mir keine Sylbe verloren geht. Der lauteste Schall kommt sehr selten vor, der scheint mir eher durch das Ohr gehen zu müssen, der schallt mir wirklich ins Ohr hinein; ein einfacher Mahnruf, ein Lied, woran ich nicht gedacht, mitunter das schönste Orchesterstück, wie es in der Wirklichkeit kaum vorkommt; immer aber hört's sich so zu, als ob's von aussen käme."

Ueber die Gesichtserscheinungen etc. sagt er: „Ich sehe öfter und plötzlich, beim Rasiren z. B. während ich dasitze, nicht an's Schneiden denke, nichts gefühlt, dass ich geschnitten, an der Wand, an der Decke einen grossen Fleck Blut und merke dann erst beim Abtrocknen, wenn ich auf's Handtuch sehe, dass ich aus einem Schnitt blute. — Es werden mir allerhand Sachen gezeigt: Druckmuster, Dessins, Maschinen etc., dabei kann ich mit meinen Gedanken ganz wo anders sein, solch ein Gegenstand kommt mir ganz ungerufen vor die Augen. Das ist ja mit dem Geruch ebenso; z. B. gestern roch ich so stark gebräunte Butter, als ob's gleich ein ganzer Kessel voll sei und dachte gar nicht daran. — Mit dem Geschmack ist's sonderbar, aber eben auch nicht zu oft; ich schmecke die Speisen wie's grade kommt: Kohl wie Honig etc. oder auch auf andere Art; oft finde ich beim Kosten die Suppe so wenig gesalzen,

dass ich viel Salz hineinthuen will; in demselben Moment, wo ich's noch nicht gethan, schmeckt's dann plötzlich wie versalzen. — Wenn ich im Bett liege, wo ich doch vollständig zugedeckt, ist's mir mitunter passirt, dass es mich anweht; auch fühle ich, aber seltener, einen starken Windzug aus der Ecke, wo kein Fenster ist, mich anblasen" etc.

F. unterscheidet, abgesehen vom objectiven Hören, genau dreierlei Gehörsempfindungen: die einfachen Ohrgeräusche, Sausen, Brausen, Klirren etc.; die einfachen Rufe, Musikstücke, Lieder, die lauteste Stimme Gottes, „die wirklich durch's Ohr hindurch muss"; die Stimme Gottes in den 3 Abstufungen, „zu der er das Ohr nicht braucht, die ein anderer Denken nennen würde."

Der otoskopische Befund, der auf eine chronische Entzündung des mittleren Ohrs deutet, lässt die Geräusche erster Art durch die Ohrkrankheit hervorgebracht erscheinen; ihr Entstehen mit und nach der Affection der Ohren im 16. Lebensjahre, weist zunächst darauf hin; der Kranke nimmt diesen Zusammenhang selbst an. Der Charakter der Geräusche ist gemischt. Sie bestehen fast continuirlich; nur wenn die Aufmerksamkeit durch „Mittheilungen Gottes", durch interessante Gespräche mit Menschen abgeleitet wird, nimmt er sie nicht wahr. Sie bestehen neben den Stimmen; diese gehen nicht aus ihnen hervor; sie hindern weder, noch fälschen sie das Verständniss der Stimmen, der objectiven Schalleindrücke; die Wahrnehmung der letzteren wird nur durch die Schwerhörigkeit vermindert. Sie werden vom Kranken ihrer Entstehung und ihrem Charakter nach richtig beurtheilt; sie sind für ihn ein zufälliges Unglück, „ein Attribut des jetzigen schwachen Menschen, der beim wirklichen Eintritt in seinen göttlichen Beruf gross, schön, verjüngt wird." Obwohl äusserst quälend, sind sie doch ohne nachweisbaren Einfluss auf die Stimmung.

Die zweite Art der Gehörsempfindungen wird selten von ihm wahrgenommen. Sie sind viel später (ca. 14 Jahre) als die ersteren entstanden. Er weiss genau, dass er zuerst beim Einschlafen Stimmen gehört, die er als nicht reale erkannte, über deren Ursache er nicht weiter nachdachte; einfache, sehr laute Rufe von ganz demselben Charakter hört er auch jetzt noch. Fast gleichzeitig sind zusammengesetzte musikalische Lieder, Orchesterstücke in deutlichster Klangfarbe von ihm gehört und in erster Zeit auch noch als subjectiv entstanden gedeutet worden. Er unterscheidet sie auf's Entschiedenste von der dritten Art. Er fühlt, dass sie den realen durch den Gehörapparat vermittelten Gehörsempfindungen, die einer äusseren Schallquelle entsprechen, näher stehen, als die dritte Art: „sie müssen durch's Ohr hindurch." Ihr Inhalt ist für ihn überraschend, er hat darüber gestutzt", fremdartig, „woran er nicht gedacht"; sie entstehen beim Einschlafen, in der Einsamkeit. Der Charakter ist hiernach analog dem der von *Müller* sogenannten phantastischen Sinneserscheinungen, es sind Gehörsphantasmen.

Die dritte Art der Gehörsempfindungen nimmt *F.* fast ununterbrochen wahr. Er kann die Erregungsquelle nicht so genau localisiren, dass er sie bestimmt ausserhalb seines Körpers versetzt. Auch bedarf er zu ihrer Wahrnehmung des Mediums des Gehörapparates nicht: „ich könnte stocktaub sein und hörte sie doch." Die Stärke der Empfindung hat ihre Grade. Der Inhalt ist durchaus congruent mit Vorstellungen, die sich auf seine göttliche Mission etc. beziehen, oder er entspricht den Anregungen, die aus seiner Umgebung, Ort oder Personen etc. entspringen. Er würde beinahe diesen ganzen Vorgang Denken nennen, woran ihn besonders die Wahrnehmung der „leisesten Stimme" erinnert, wenn nicht auch die laute, häufigste sich hören liesse, oder wenn er

nicht in Folge des positiven Inhaltes von dem göttlichen Ursprunge überzeugt wäre.

Im Anfange der Erkrankung 1856—1857 wurde ihm der Wille Gottes etc. nicht durch directes Sprechen mitgetheilt; er musste ihn sich aus den Bewegungen der Tische etc. abstrahiren; später wurde das Medium einfacher: er schrieb mit dem Finger an das Fenster, in die Luft; später noch einfacher; er klopfte oder zuckte mit dem Finger; am Ende hörten Zeichen und Symbole ganz auf; er hört Alles ohne Vermittlung. Dieser Verlauf beweist, dass, bevor er sie hörte, seine Wahnvorstellungen durch andere Operationen gebildet wurden, dass er sie erst nach Jahre langem Bestehen durch's Gehör wahrzunehmen aussagte. Die Wahnvorstellungen waren hier das Primäre, die Hallucinationen das Secundäre. Vom „Denken meint er, dass man es gewissermaassen auch höre"; vom Denken unterscheidet er aber die Stimme durch ihre grössere Deutlichkeit. Es charakterisiren sich diese Gehörsempfindungen der dritten Art hiernach als Vorstellungen, deren begleitende Thätigkeit des Gehörssinnes mit der Bestimmtheit empfunden wird, dass der Kranke sie, im Gegensatz zum gesunden Vorstellen, als Hören zu bezeichnen gezwungen ist.

Der Unterschied zwischen Phantasmen und Hallucinationen des Gehörs lässt sich hier zum Theil auch bei dem Gesichts- und Geschmackssinne nachweisen. Es kommen ungewollt und ohne dass er daran denkt, ohne dass sie zu dem Inhalte seiner jeweiligen Vorstellungsreihen gehören, Druckmuster, Maschinen vor seine Augen (Phant. Ges.-Ersch.); daneben hat er aber auch Gesichts-Erscheinungen, die in directer Beziehung zu einem äusseren Vorgange um und an ihm stehen, mag er sich seiner bewusst oder unbewusst sein. Als er barbiert wird, sieht er an der Decke Blut; dass der äussere Reiz des Actes hierbei die Vorstellung des Geschnittenwerdens

und Blutens auslöst, dürfte als eine der einfachsten psychischen Operationen anzusehen sein; die die Vorstellung begleitende Sinnesthätigkeit prävalirt aber bei der Operation so, dass sie überhaupt nur als Sinnesempfindung, nicht als Vorstellungsthätigkeit zum Bewusstsein kommt.

Wenn er sich die Nothwendigkeit, eine Speise zu salzen, vorstellt und sie dann plötzlich versalzen schmeckt, ohne schon das Salz hinzugethan zu haben, dürfte dieser Vorgang dem eben analysirten ähnlich sein. Die anderen Vorgänge im Geschmack und den übrigen Sinnen scheinen den Phantasmen näher zu stehen.

Es können ferner die einfachen Geräusche die ausschliessliche Unterlage für die complicirten Empfindungen sein, diese direct in jenen empfunden werden. Am deutlichsten wird dies in Fällen, in denen die Geräusche nur unter bestimmten Umständen und dann gleichzeitig (aber auch nur dann) in den Geräuschen Stimmen etc. gehört werden.

Es kommt, wie mir Dr. *Schwartze* mittheilte, nicht gar zu selten vor, dass bei einseitig Gehörkranken subjective Geräusche erst dann vernommen werden, wenn das gesunde Ohr verstopft wird. Dies trifft zu bei der folgenden Kranken, die bei den so empfundenen rechtsseitig entstehenden Geräuschen auch nur rechts Illusionen vernimmt.

21. *Johanne Sp.*, Secretairs-Wittwe, geb. 1804. Von zwei Schwestern ist die jüngere so schwerhörig, dass sie nur beim directen Schreien ins Ohr die Sprache versteht, ausserdem leidet sie an zeitweisen Erregungzuständen, während deren sie endlos redet, sich abenteuerlich costumirt, planlos umherirrt etc.

Ueber Jugendkrankheiten etc. so wie über wichtige Antecedentien ist wenig Sicheres zu erfragen. Sie ist zweimal verwittwet und hat zuletzt noch ausserehelich geboren. Pat. litt nach dem Provocationsprotokoll (April 1856) bereits an Täuschungen aller Sinne; hielt sich für somnambul, magnetisirt etc., wähnte sich fürstlicher Abkunft, verfolgt u. s. w.

In der Anstalt (aufgen. Jan. 1857) klagt sie fast täglich mit nur unwesentlich verändertem Detailinhalt: sie stehe in Rapport mit Fürsten, Aerzten (sei „die Venus medicin"), Kranken, Uhren, Mühlen etc.; was jene sähen, hörten, fühlten, sehe höre, fühle sie auch. Sämmtliche Herrscher erschienen ihr, sie höre die „unterschlächtigen Mühlen" und die Leute, die dabei Schandthaten besprächen und ausübten; sie fühle und mache alle Krankheiten mit, habe schon 36 böse Nasen in der Anstalt mitgemacht, man hänge ihr die kranken Lungen der Brustkranken ein; man elektrisire und betäube sie etc.

(Die schmerzhaften Gefühle sind bei ihr oft als Folge geringer körperlicher Krankheitszustände, Schnupfen, Rheumatismus, Pusteln direct nachweisbar.)

Nur höchst selten und ausnahmsweise hört sie auch in gewöhnlicher Situation Brausen und Stimmen. Meist vernimmt sie das Brausen auf dem rechten Ohre, wenn das linke verschlossen wird, wenn sie mit dem linken Ohre auf dem Kopfkissen des Bettes liegt, wenn sie es mit dem Finger zuhält. Wird sie direct dazu veranlasst, so hört sie sogleich Brummen einer Locomotive, Mühlen etc., dazwischen Stimmen: „sie sagten: wir wollen die Leiche weiter schwimmen lassen"; „wenn ich das (linke) Ohr zuhalte, kann ich Sachen hören, die Wunder sind." „Die Stimmen höre ich fast nur auf dem rechten Ohre" etc. „Sie machen mir mit diesen Geräuschen durch Drohen etc. die peinigendsten Schmerzen."

Auf dem rechten Ohre ist sie seit ca. 11 Jahren allmälig schwerhörig geworden, gleichzeitig ist Brausen im Ohre empfunden worden.

Rechtes Hammergriff nach innen gezogen; über und hinter demselben eine bogenförmige intensiv weisse, sehnige Trübung; das übrige Trf. normal von Farbe; nach hinten und unten wird der Streifen breiter. Rechts Uhr nur beim Anlegen gehört; Sprache auf 6''. Links Uhr auf 1½', Sprache auf 30'. Häufige ziehende Schmerzen im rechten Ohr.

Der Ernährungszustand ist gut; die Brust- und Unterleibsorgane sind nachweisbar nicht gestört. —

Am sichersten wird freilich die Abhängigkeit constatirt an Kranken, bei denen mit den Geräuschen, als Erscheinungen heilbarer resp. besserungsfähiger Ohrenkrankheiten, die Stimmen entstehen und mit Heilung der Ohrenkrankheit und Wegfall der Geräusche vergehen*).

*) In der 3. Auflage seines Lehrbuches der Ohrenkrankheiten erwähnt *v. Tröltsch* einen ihm von *L. Meyer* mitgetheilten einschlä-

23. *Christiane Plato* aus Nietleben, 39 Jahre alt, unverehelicht, seit dem 14 Jahre regelmässig menstruirt. Die Mutter war in den letzten Jahren geisteskrank. Ueber die Form dieser Psychose ist nichts Bestimmtes zu ermitteln. Ein Bruder der Pat. starb an einer doppelseitigen Lähmung der oberen und unteren Extremitäten im Jahre 1865; der Vater 1862. Die übrigen 4 Geschwister sind körperlich und geistig gesund.

Bis zum 24. Jahre hat die *P.* ein sehr feines Gehör gehabt. Die Krankheit der Mutter brachte dann schwere Leiden für sie mit sich, anhaltende Nachtwachen und Gemüthsbewegungen. Vier und ein halbes Jahr hindurch will die *P.* keine Nacht gut geschlafen haben; um sich wach zu erhalten, trank sie damals stets viel starken Kaffee und machte sich Ueberschläge von kaltem Wasser über den Kopf. Nach dem Tode ihrer Mutter bemerkte sie zuerst ein anhaltendes Sausen in ihren Ohren und eine langsam zunehmende Abnahme ihrer Hörfähigkeit. Kopfschmerzen, Schwindelzufälle waren Anfangs niemals vorhanden. Bei heftiger Erregung hörte sie in dem Sausen eine leise „betende Stimme". Als sie dieselbe zum ersten Male hörte, glaubte sie Anfangs, dass sie wirklich von einer anderen Person herrühre, bezog später dieses „murmelnde Beten" auf die Stimme ihrer Mutter, dann wieder ihres Vaters, der ihren Namen rief, auch auf Gottes Stimme. Ausser dieser „betenden Stimme" hat sie im Laufe der folgenden Jahre, nach heftigen Erregungen, auch häufig ein schnelles Klopfen gehört, „stundenlang fort, mitunter die halbe Nacht hindurch". Dieses Klopfen hörte sie unter ihrem Bett, an der Thüre, so dass sie mehrmals glaubte, ihre Schwester klopfe draussen und deshalb vergeblich die Thür öffnete. In den letzten Jahren hat sie häufig Schluchz- und Weinkrämpfe gehabt, nach deren Ablauf sie sich jedesmal ruhig und „gehoben" fühlt, „als wenn sie ein Anderer hochhöbe". Zuweilen stellt sich ein Erstarrungsgefühl im rechten Arm, Formicationen in der linken Hand ein, dazu Präcordialangst, starkes Rauschen vom Herzen nach dem Kopf und dem linken Ohre. 1862 hat sie einmal „ein ganzes Gewirre von Stimmen" gehört und viele Monate an Schwindelzufällen und Erbrechen gelitten. Gesichtshallucinationen hat die *P.* niemals, wohl aber häufig Phantasmen gehabt.

---

gigen Fall und citirt dabei auch die von *Schwartze* in seinem Aufsatz über subjective Gehörsempfindungen (Berlin. Klinische Wochenschrift. 19. März 1866) bereits angedeutete Krankheitsgeschichte der *Pl.*, die nachstehend nach den von *Schwartze* und mir gemeinschaftlich beobachteten Daten ausführlich erzählt wird.



Sie hat für ihren Stand ziemlich viele positive Kenntnisse sich ıgeeignet. Ihre Stimmung wechselt niemals auffallend. Misstrauisch ıt sie durch ihre Schwerhörigkeit nicht geworden.

Sie war von verschiedenen Aerzten mit Vesicantien im Nacken, ıstelsalben, reizenden Fussbädern etc. behandelt worden, ohne dass adurch die Geräusche und Stimmen im Geringsten abgenommen ätten. Ohne ärztliche Verordnung liess sie sich Jahre lang im lerbst und Frühjahr reichlich schröpfen. Dadurch hatte sich eine iemlich beträchtliche Anämie eingestellt, mit der sie im Juni 1864 ı die Behandlung des Dr. *Schwartze* kam.

Stat. praes. vom 7. Juni 1864. Sie klagte über ein sehr qualolles Sausen in beiden Ohren und im ganzen Kopf, das durch die ;eringste Aufregung verstärkt werde; Eingenommenheit des Kopfes n der Stirngegend. Allnächtlich hörte sie „die betende Stimme" nd das Klopfen unter ihrem Bett so laut, dass sie darüber erwachte. ꞌeim Einschlafen und Morgens hört sie Beides niemals. Schwindel nd Erbrechen hat sie schon seit längerer Zeit fast nicht mehr geabt; dagegen häufig starkes Herzklopfen. Puls klein und schnell, Apetit gering.

Resultat der Ohruntersuchung: Die Uhr wird vom rechten Ohr eim Andrücken an die Ohrmuschel mehr gefühlt als gehört, vom nken Ohr gar nicht wahrgenommen. Laute Zahlen hört das r. Ohr uf 12', das l. auf 6'. Die Gehörgänge beiderseits frei und trocken. ꞌas r. Trf. weissgelblich getrübt; besondes in der Mitte stark eingezogen. Nach vorn und oben ein abnormer Lichtreflex, der nach er Luftdouche verschwindet. Das l. Trf. ist auffallend stark nach ınen gezogen und eingesunken; der Hammergriff liegt horizontal; ielfache weissliche streifige Trübungen radiär verlaufend. Nach nten und vorn eine Kalkablagerung von sichelförmiger Gestalt, etwa ꞌ,5 Cm. lang und 0,2 Cm. breit. Beim *Exp. Valsalv.* ist keine ꞌrümmungsveränderung am Trf. bemerkbar. Bei der Untersuchung ıit Catheter und Luftpumpe zeigt sich die Eustachische Trompete ꞌeiderseits durchgängig; Rasselgeräusche weder in der Tuba noch n der Paukenhöhle mit Otoskop hörbar. Unmittelbar nach Anwenꞌung ist das rechtsseitige Sausen schwächer, die Uhr wird auf 6" ꞌntfernung gehört; links keine Veränderung.

Die Behandlung bei Dr. *Schwartze* bestand im Einpressen warıer Wasserdämpfe *per tubam Eust.* mit Zusatz von *Aq. Amygd.* an n beide Paukenhöhlen, 2mal wöchentlich, jedesmal auf jeder Seite ꞌtwa 5 Minuten lang. Innerlich kleine Dosen von *Ferr. hydr. red.* ıit *Chinin*. Schon nach kaum 4wöchentlicher Behandlung war das ꞌausen schwächer und es behauptete die *P.* die betende Stimme und

das Klopfen niemals mehr zu hören. Der Appetit war grösser, das Allgemeinbefinden besser. Dieselbe Behandlung wurde fortgesetzt.

Am 21. Juli behauptet sie, dass ihr Jahre lang der Kopf nicht so leicht gewesen sei, wie gegenwärtig. Das rechte Ohr sei ganz still; im linken dauere ein Zischen fort. Am 11. August ist die Hörweite für die Uhr rechts 1", links beim festen Anlegen an die Ohrmuschel. Statt der bisher angewandten Dämpfe werden jetzt in das linke Ohr, wo die Kalkablagerung im Trf. sich befindet, 2mal wöchentlich etwa 10 Tropfen einer sehr verdünnten Essigsäurelösung (4 gtt. ad ℥j) *per tubam Eust.* eingespritzt; in das rechte Ohr dagegen die Luftdouche angewandt. Die innerliche Medic. blieb dieselbe.

Die genannte örtliche Behandlung wurde fortgesetzt bis Anfang September. Pause der Behandlung von 7 Wochen. Ende October kam *P.* wieder und erzählte, dass das Sausen anhaltend sehr viel geringer wäre wie früher, das Klopfen habe sie nie wieder gehört, ebensowenig die „betende Stimme"; sie sei viel kräftiger wie früher, ihre Arbeitskraft ausdauernder. Im November und December dieselbe örtliche Behandlung; nur wird die Essigsäure in allmählig verstärkter Lösung angewandt. Vom 10. Januar 1865 an regelmässig jeden achten Tag beiderseits einfache Luftdouche. Am 22. Februar sagt die Kranke, dass sie sich seit 14 Tagen sehr wohl gefühlt habe, die Stimme etc. höre sie nicht mehr, ihr Gemüth sei viel ruhiger; nur ein geringes Sausen bemerke sie noch im linken Ohre, der Kopf sei ihr ganz leicht. Das Verstehen der Sprache wird ihr leichter, das Hörvermögen für die Uhr ist messbar besser wie am 7. Juni 1864; rechts 2"', links beim Anlegen.

Trotzdem wird der Gebrauch des Eisens mit geringen Unterbrechungen fortgesetzt.

(Geräusche von der früheren Intensität und Illusionen sind bisher nicht wieder gekehrt 1867.)

Die Ohrkrankheit der *P.*, durch welche die langjährige Schwerhörigkeit und die sausenden und zischenden Geräusche bedingt wurden, war ein chronischer Catarrh der Paukenhöhle mit beträchtlicher Hypertrophie der Schleimhaut und partieller Verkalkung des linken Trf. Die stärkere Concavität des Trf., bedingt durch Hypertrophie der Schleimhautplatte des Trf. und Retraction der Sehne des *Musc. tens. tymp.*, musste zu einer andauernden Drucksteigerung im inneren Ohre

führen. Das sausende oder zischende Geräusch, das die Kranke anfangs in so hohem Grade quälte, ist vorzugsweise als Symptom dieses gesteigerten intraauriculären Druckes zu betrachten; nebenbei sind auch erweiterte Gefässe in dem verdickten Schleimhautüberzug der Paukenhöhle oder die allgemeine Anämie als Ursache für dieses heftige Geräusch denkbar.

Ein sehr plausibles ätiologisches Moment für die Ohrenkrankheit haben wir in den Kaltwasserüberschlägen, die sich die *P.* während der Krankheit ihrer Mutter häufig des Nachts machte, um sich wach zu erhalten.

Unter der örtlichen Behandlung der Ohrkrankheit, gleichzeitig mit der Abnahme der Ohrgeräusche, hörten die Illusionen aus ihnen auf.

22. *K. H. Roetke,* Webermeister aus Rockendorf, geb. 1828. Der Vater ist psychisch krank. Pat. galt als ein processsüchtiger Querulant (30 Processe). Seit 1864 arbeitete er getrennt von seiner Familie, da sie zu unterhalten ihm allmälig nicht mehr gelang. Während eines erneuten Processes im Frühjahr 1866 wurde er nach einem wochenlangen auffallend stillen Verhalten so erregt, dass er anfing, geschäfts- und zwecklos im Lande umherzuschweifen. Vom Juni an blieb er 5 Monate in der Irrenanstalt zu Rudolstadt; nachher im Krankenhause zu R. bis zu seiner Einlieferung in die hiesige Anstalt am 30. December 1866. Sein Ernährungszustand ist gut. Die Functionen der Brust- und Unterleibsorgane nicht nachweisbar gestört. Der Schlaf ist während der letzten Wochen besser geworden. Die Stimmung ist nicht mehr erregt.

Er hält sich für verfolgt, bestimmt, eine Reihe von Prüfungen etc. durchzumachen, die für ihn in einem ihm bekannten Buche „die schwarze Kunde" niedergelegt sind. Mittelst der in ihm enthaltenen Wissenschaft ist es möglich, dass ihm Geister, fremde und abwesende Personen etc. gezeigt werden, dass ihm ferne Personen zusprechen, dass ihm Gefühle in und an seinem Körper erregt werden. Z. B. hat er hier den Landrath und *T.* und *S.* gesehen, hat gefühlt, dass ihm Gifthauch in die Nase geblasen wird; hört mit nur seltenen Unterbrechungen durch die Zimmerdecke zwei Menschen ihm zusprechen, die zum Theil Ehrenrühriges, Schimpfliches, Geschichten aus seinem Leben erzählen etc.

Er hat einen eitrigen Ausfluss aus dem linken Ohre. Ueber seinen Ursprung erzählt er, er habe im März 1866 Brummen und Brausen in den Ohren empfunden. Er habe mit einem Hölzchen viel verhärtetes Ohrenschmalz aus dem rechten Ohre leichter, schwieriger aus dem linken (linke Hand) herausgeholt. Danach sei auf dem linken Ohre ein immerwährendes „Singen, Klirren oder Getöse und feines Geläut" entstanden; im April bis Juni sei's am heftigsten gewesen; „in dieser Zeit haben sich die Stimmen angefangen" „Missstimmen, die mein Nachdenken zerstören" oder „wie Leute 4 Zimmer weit entfernt sprechen". „Das wird, wie das Klirren, durch die schwarze Kunde gemacht". Und das Alles damals, wie auch jetzt noch ausschliesslich im linken Ohre. „Warum ich die Stimmen von oben nur mit dem linken Ohre höre, kann ich mir nicht erklären, da ich doch die Leute hier mit dem rechten besser verstehe." „Auch spürte ich von Anfang an ein Strömen aus dem linken Ohre in den Kopf, wie wenn Luft hineinzöge, als ob das Hörplättchen fehle, als ob die Kopfhälfte ganz hohl wäre.

Die Nasenschleimhaut erscheint sehr geröthet.

In den ersten zwei Wochen seines hiesigen Aufenthaltes hörte er in dieser Art fast anhaltend Klirren und Stimmen gemischt. Nach einigen Injectionen lauen Wassers wurde der Ausfluss geringer, die Stimmen und das klirrende Geräusch entschieden seltener; immer noch hielt er dafür, dass Beides ihm gemacht werde.

Befund des Ohres am 19. Januar. Der äussere Gehörgang enthält viel Epidermisschüppchen, Theilchen festsitzenden harten Ohrenschmalzes und wenig dünnes gelbiches Secret. Das Trf. ist glanzlos, ohne Lichtkegel. Die Hammergriffgefässe, die des vorderen Segments und die Gefässe des anstossenden Gehörganges sind sehr stark injicirt. Uhr wird links auf ½' gehört (rechts 4'), Sprache auf 8' (rechts 20').

Entzündung des äusseren Gehörganges und Trommelfells nach äusseren Verletzungen beim ungeschickten Entfernen verhärteten Ohrenschmalzes.

Medication: mehrmals täglich eine Zinksolution (gr.j auf ℥j) in's Ohr zu träufeln.

24. Januar. Nur sehr selten werden noch Klirren und Stimmen, nur zusammen und nur links gehört. Schmerzen und Secretion haben fast ganz aufgehört.

26. Januar. Jetzt weder Stimmen noch Klirren.

1. Februar. Bisher nicht wieder Stimmen und Geräusche gehört; bei gleichmässiger Stimmung ist er von dem Zusammenhange beider und ihrer Abhängigkeit von der Ohrenkrankheit überzeugt;

nur in erregteren Momenten meint er noch, dass es ihm gemacht gewesen. Auch die Schmerzen in der Nase bezieht er jetzt auf den chronischen Schnupfen.

Der Gehörgang ist jetzt trocken; die Injection sehr verringert; das Trf. ist noch leicht getrübt.

Bei dem durch ererbte Krankheitsanlage psychisch disponirten *R.*, dessen Processsucht etc. schon als Krankheitselement anzunehmen ist, fällt eine aus äusseren Reizen erzeugte Ohrenkrankheit und eine nach kurzem Depressionsstadium sich rasch steigernde Erregung (Frühjahr 1866) zusammen. Es muss den Angaben des Kranken nach angenommen werden, dass durch den Reiz der Ohrkrankheit, die sich in ihren subjectiven Erscheinungen als heftiger Schmerz in der ganzen linken Kopfhälfte und linksseitige Ohrgeräusche zeigte, auf dem disponirten Boden überhaupt der Verlauf der Psychose angeregt wurde. Es kann auch genau bestimmt werden, dass gleichzeitig mit den ganz local entstehenden Ohrgeräuschen die Stimmen entstanden, die nur mit dem afficirten Ohre wahrgenommen werden. Bei ausschliesslich örtlicher Behandlung haben beide in gleichem Verhältniss zu einander an Intensität und Häufigkeit abgenommen und sind nach ganz kurzer Behandlungsdauer z. Z. gänzlich geschwunden. Gleichzeitig ist mit dem Nasencatarrh, der mit dergl. Ohrenentzündungen öfter zusammen besteht, auch das Gefühl des Gifthauches zu Grunde gegangen. Mit dem Wegfall der peripheren Reize ist die Erregung so gemindert, dass überhaupt alle gröberen psychischen Krankheitserscheinungen zurückgetreten sind.

In einem dritten Falle, dessen Krankheitsgeschichte ausführlich zu geben ich z. Z. ausser Stande bin, traten bei einem Manne *M.*, der an langjährigen Sensibilitäts-(Muskelgefühls-) Störungen und eigenthümlichen Schwin-

delzuständen litt, gleichzeitig mit einem Leiden des mittleren Ohres (Perforation des Trommelfells, Catarrh) zum ersten Male neben den quälenden Empfindungen und Geräuschen im rechten Ohr Stimmen auf, die Pat. nur auf dem kranken Ohre hörte. Nach mehrmonatlicher Behandlung durch Dr. *Schwartze* wurde die acute Affection des Ohrs beseitigt; die bleibende Perforation hat weder beträchtlich verminderte Hörfähigkeit noch Geräusche, noch Schmerzen zurückgelassen. Die Stimmen hat er seitdem nur höchst selten wieder gehört. Während ich ihn unmittelbar nachher länger als ein Jahr hindurch beobachtete und behandelte, sind sie bei wesentlich unverändertem Allgemeinbefinden nicht wiedergekehrt. Auch hier kommen bei bestehender Disposition die Hallucinationen gleichzeitig mit der Ohraffection und nur auf dem kranken Ohre zur Erscheinung und verschwinden fast ganz mit der Beseitigung der Ohrkrankheit: Heilung mit einem Defect, der von Zeit zu Zeit erneuten Reiz für die selten sich wiederholenden Hallucinationen bieten mag.

Diese 4 Krankengeschichten beweisen, dass die Illusionen nur aus den local und zeitlich genau bestimmten Geräuschen gehört werden. Eine genauere Analyse ergiebt zugleich die Gemeinsamkeit der Angaben der Kranken dahin, dass sie ohne beabsichtigtes Horchen, Hineindeuten und Ergänzen („nicht etwa, wie ich mir aus dem Winde eine Melodie denken könnte„) die Stimmen hören, sondern eben die Worte heraus wahrnehmen, ohne reflectirende Thätigkeit der Vorstellungen, wenn auch in der bestehenden Richtung derselben. Es dürfte einem Gesunden eine solche überzeugende Wahrnehmung nur ausnahmsweise oder unter ganz bestimmten Umständen möglich werden; immer würde in letzterem Falle ein, wenn auch nur verübergehender Gehirnzu-

stand supponirt werden müssen, der das Bewusstsein modificirt.

Instructiv erscheint besonders nachstehender Fall, der recht deutlich zeigt, wie nur erst durch den Hinzutritt eines ganz besonderen Gehirnzustandes innerhalb des stationären Befindens die bereits bestehenden subjectiven Sinneserscheinungen illusorisch empfunden werden können.

D. R., Strafgefangener, geb. 1820, will in seinem 16. Jahre durch einen Hufschlag am Kopfe verletzt sein. Im 30. Jahre wurde er wegen Diebstahls etc. zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe mit 8monatlicher verschärfter Einzelnhaft bestraft.

Schon im ersten Jahre der Haft wurden Anfälle von ganz unmotivirten Zornausbrüchen, auffallenden Prätensionen etc. an ihm beobachtet. Später wurden die heftiger und verbanden sich mit Aeusserungen von Hallucinationen etc. Seit 1858 erschien *R.* auch in den rel. freien Zeiten „kindisch". Er klagte viel über Kopfweh, Verstopfung, Schlaflosigkeit. Er hörte Summen und Zischen im Kopfe, sah Geister in Menschengestalt, Nachts feurig, am Tage schwarz; sie winkten und riefen ihn, liessen ihm Nachts nicht Ruhe. Er lärmte zu Zeiten, schrie, brüllte Tag und Nacht etc.

Als ihm nach seiner Aufnahme in die hiesige Anstalt sofort eine relative grosse Freiheit gegeben wurde, blieben die Tobsuchtsanfälle Jahre lang ganz aus; erst als er nach Fluchtversuchen etc. wieder beschränkt wurde, kehrten sie wieder.

In den Zwischenzeiten leidet er wie früher an Kopfweh, hartnäckiger Stuhlverstopfung, gestörtem Schlaf, vor Allem an quälenden Gesichts- und Gehörsempfindungen.

Er sagt: ich sehe häufig Männer, am Tage schwarz und Nachts feurig. Das fängt ganz von selber an; da fängt sich's an zu drehen und da fange ich an es zu sehen: Männer, die an den Wänden herumgehen und wie ein Leichenzug schleichen; die Betten und Fenster sehe ich dann nicht in der Nacht; Alles ist schwarz und die Männer feurig, so wie der Himmel schwarz ist und die Sterne feurig. Sie bewegen sich einer hinter dem andern, sie machen Faxen und nicken mir zu und verhöhnen mich mit Gesichtern und manchmal springen und tanzen sie auch. Sie scheinen mir immer von rechts nach links um mich herum zu gehen. Ich sehe auch Schlangen, nicht stärker als ein Strohhalm, die bewegen sich ganz ordentlich, Nachts auch feurig. Bei Tage kommt's auch; da

sehe ich dann die Männer und Schlangen schwarz; auch wenn ich hier in der Stube bei den Anderen bin, gehen sie an der Wand herum. Es dauert ein paar Minuten, ehe ich wieder weiss, dass ich unter den Kranken hier bin, aber auch wenn ich wieder das Natürliche sehe, kommen noch immer einzelne Männer zwischen durch. Wenn das kommt, habe ich meinen Verstand nicht, der ist dann halb weg; es kommt mit einem Male, ich fühle mit einem Male das Pulsiren in den Adern am Hals und am Arm, dann kommt's in die Höhe; ich habe mich unter's Bett gesteckt, da habe ich sie aber auch noch gesehen, dann fängt sich das Bett, die Stühle an zu drehen."

Klagt dann über fortwährendes Funkensehen in den freien Zeiten, besonders stark beim Bücken, schwarze Punkte etc.

„Das Hören ist jetzt auch immer noch; es ist viel öfter allein im Kopfe, als mit den Männern zusammen. Es ist wie der Pulsschlag, jeder Schlag hat einen Klang s-s-s-s; ich glaube, es müsste es Jemand hören, wenn er sein Ohr an meines gelegt; so laut ist's, wie Blutstropfen wohin fallen und thuen einen Klang etc. Die Stimmen kommen dann, wenn die Männer da sind, sie rufen meinen Namen, einer und mehrere etc."

Er selbst giebt es an und es ist häufig beobachtet, dass die Häufigkeit dieser Anfälle, in denen er die Gestalten und Rufe hört, davon abhängt, wie lange er verstopft gewesen. Trotz des fast habituellen Gebrauchs von Abführmitteln hat er oft in 8 Tagen keinen Stuhlgang.

Die Sehnerven sind grauröthlich; Chorioideal- und Scleralgrenze deutlich; Gefässe etwas geschlängelt, auf beiden Seiten gleich.

An beiden Trommelfellen sind chronische Hyperämieen der Hammergriffgefässe wahrzunehmen.

Die Carotiden pulsiren meist nicht sehr kräftig.

Durch Circulationsstörungen im Kreislaufe des Kopfes überhaupt, speciell durch die nachweisbaren Hyperämieen in den Sinnesapparaten sind die einfachen subjectiven Sinneserscheinungen als begründet anzusehen. Durch die mehrtägige Stuhlverstopfung treten anderweitige fluxionäre Gehirnzustände ein. *R.* empfindet dann eine Art Schwindel, Benommensein, „halbes Bewusstsein", oder er wird bei längerer Dauer tobsüchtig erregt; nur in diesen Zuständen findet der Uebergang der Scotome und Photopsieen in Gestalten, des Pulsgeräu-

sches in Stimmen statt. Nur durch den Hinzutritt dieses Gehirnzustandes empfindet er in dem Geräusche und Scheine die complicirten Gestalten und Stimmen, ohne dass er diese Form der Erscheinung aus den Funken und dem Klopfen mit einer gewissen Reflexion zu ergänzen hat; sie haben für ihn während des Schwindels oder der Tobsucht sofort die überzeugendste Realität, so dass er sich oft gegen sie wehrt, wieder schimpft etc. Namentlich die Farbenähnlichkeit der beiderlei Gesichtserscheinungen machen den Mechanismus des Zustandekommens illusorischer Umbildung aus gegebenen einfachen Sinneserscheinungen und einem durch Schwindel und Benommensein getrübten Bewusstsein ohne active Phantasie um so durchsichtiger, als Pat. sich der Vorgänge nachher lebhaftest erinnert und genau zu schildern im Stande ist. —

Die subjectiven Geräusche sind bei diesen Fällen in ihren Beziehungen zu der Entstehung der Illusionen gleich den objectiven Schalleindrücken.

X, ein 19jähriger Kaufmann, der wegen Diebstahls in einem Gefängnisse sass, das unmittelbar an einer belebten Strasse lag, hörte nur Stimmen in dem Rasseln der vorüberfahrenden Wagen; war es auf der Strasse ruhig, vernahm er auch keine; sobald er sich Abends mit dem Kopf auf den Strohsack legte und das Stroh raschelte, fingen die Stimmen sofort wieder an; oft verlängerte er die Unterhaltung dadurch, dass er fortwährend den Kopf auf dem Kissen hin und her wälzte; sobald er ihn aufhob, oder ihn ruhig hinlegte, sprach keine Stimme mehr. Wiederholt erzählte er dies in der Genesung und versicherte auf das Bestimmteste, dass er über die Art des Zustandekommens zwar keine Klarheit, wohl aber die überzeugendste Empfindung von wirklich gehörten Worten gehabt.

In der That sind die subjectiven Geräusche bei Krankheiten des mittleren resp. des äusseren Ohres den objectiven insofern gleich, als sie vor der peripherischen Ausbreitung des *Acusticus* ihre Erregungsquelle haben. Einige entstehen sogar aus homologen Reizen.

Indessen können auch die am centralen Ende ent-

stehenden Geräusche eben so illusorisch umgebildet werden.

Dr. *R.**), 1799 geboren, hat eine einzige lebende Tochter, die „nervös und schwerhörig“ ist. Während seiner Studienzeit wurde er vom „Nervenfieber“ befallen; es blieb Schwerhörigkeit zurück, die allmälig in absolute Taubheit übergegangen ist.

Im 32. Jahre war er, als seine Bewerbung um ein Mädchen abgewiesen wurde, eine Zeit lang (?) melancholisch. In der darauf eingegangenen Ehe mit einer anderen, die ihm 8 Kinder gebar, lebte er, besonders wegen des bei seiner Schwerhörigkeit gesteigerten Misstrauens, das zum Theil begründet war, im Ganzen unglücklich. Die Ehe wurde getrennt; die Vermögensverhältnisse verschlechterten sich rasch.

Im Juni 1845 verfiel er wiederholt in melancholische Verstimmung, die indessen nach ei[illegible] Tobsucht höchsten Grades überging. „Währe[illegible]lben schie[illegible] wie der Bericht sagt, mit Geistern umzuge[illegible]

Im Juli 1845 [illegible]de [illegible] übergeben. Er war so schwerhörig, dass [illegible]an sich nur durch das la[illegible]ste Sprechen in's Ohr hinein verständli[illegible] machen konnte. Die d[illegible]alige Untersuchung des Ohres ergab ausser [illegible]ockenheit des äusseren Gehörganges nichts Abnormes.

Von jetzt an wiederholten sich in unregelmässigen Intervallen (von 4—8 Wochen) Tobsuchtsanfälle, die zuweilen Wochen lang andauerten. In ihnen äusserte er (was er sonst ohne besondere Anregung freiwillig nicht mittheilte), dass er fortwährend Stimmen höre, die ihn öfter im Lesen unterbrächen und im Sprechen matt machten, die um ihn zischelten und säuselten. Auf den Einwurf, dass er taub sei, erwiederte er: „ich höre es aber doch; es giebt innere Stimmen, die der Aussenwelt nicht hörbar sein können, die aber trotzdem Wirklichkeit haben. Hören Sie nichts? Es giebt Stimmen über uns, Geister sind um mich herum. — Horch! Da geht Jemand auf dem Boden — da spricht Jemand aus der Wand etc.“ Seltener gab er an, Gestalten (den Geist seines Vaters) zu sehen. Meist vernahm er die Stimmen aus den Mauern und brachte das mit den Freimaurern zusammen.

In den Zwischenzeiten erschien er zunehmend verwirrt; er hielt sich für den Stationsarzt, schlug die abenteuerlichsten Curen

---

*) Den nachstehenden Fall hat schon *Leubuscher* als Beispiel für das Vorkommen von Hallucinationen bei Tauben erwähnt.

vor etc. Im Laufe der Jahre wurden die Tobsuchtsanfälle weniger intensiv, kamen seltener und dauerten kürzere Zeit an.

Für taub hielt er sich nie; „wenn sein Gegner nur halbwegs deutlich und zusammenhängend spräche, verstehe er ihn trotz Spuks und Spectakels.“ Inzwischen bat er auch, ihm die Fragen etc. aufzuschreiben, da „das Sagen so sehr leicht missverstanden, oder wegen Spuks und Hausspectakels verhört würde.“ Noch jetzt giebt er nur einen geringen Grad von Schwerhörigkeit zu und beruft sich gewöhnlich auf den Wärter, mit dem er sich stundenlang unterhalte; „ich höre ganz gut — die anderen Menschen hören auch nicht besser — Gott hat die Sinne nicht besser geschaffen.“ Er vernimmt andauernd ein polterndes Geräusch. „Das ist der Hausspectakel, der Irrenhausspuk, das Geräusch des Wassers wird unter uns nachgeahmt, das Rauschen des Meeres etc. Und dann spricht ein Herrgott dazwischen, ein Geist. Wegen des grossen Organs der Stimme ist sie doch nicht dem Teufel oder einem Dämon zuzuschreiben etc. — man erkennt zwar an der Stimme und dem Ton derselben, dass ein Herrgott wieder von dem Todtenschlafe erwacht ist etc.“

In den jetzigen seltenen, sehr geringen Erregungzuständen legt er häufig die Ohren an die Wand, um zu horchen. — Er gab an, Nachts nur einige Male wieder einen Geist gesehen und zugleich sprechen gehört zu haben.

Sein Ernährungszustand ist dem Alter entsprechend gut. Die Arterien fühlen sich rigide.

Die physikalische Untersuchung des äusseren und mittleren Ohrs ergiebt gar keine sichtbaren wesentlichen Abnormitäten. Er fühlt von den Zähnen und dem Warzenfortsatze aus die Schwingungen der Stimmgabel. Für jeden objectiven Schalleindruck ist er taub. Die Sprache ist leise, aber deutlich.

Die Entstehung des Ohrenleidens und der durchaus negative Befund im äusseren und mittleren Ohre lassen auf eine nervöse resp. cerebrale Taubheit schliessen.

Ob er während der ersten Jahre des Gehörleidens Geräusche gehabt, lässt sich nicht nachweisen; wohl sicher sind sie seit 1845 continuirlich gewesen. Auch in den rel. freiesten Zeiten spricht er von Spuk, Spektakel etc. Er hält keines von den Geräuschen und keine Stimme für subjectiv entstanden und hält sich deshalb auch nicht für taub, weil er immerfort Geräusche und

Stimmen hört; er hält sich nur für schwerhörig, die Sprache Anderer werde ihm durch das Zwischentreten des Spuks schwerer verständlich.

Die Stimmen sind für ihn mitunter sehr laut („grosses Organ der Stimme“); sie werden mit dem höheren Grade der Aufregung häufiger. —

Treten in allen diesen Fällen die Beziehungen der einfachen Geräusche zu den Stimmen etc. als durchaus abhängig von der Zeit und dem Orte des Entstehens hervor, so ist es in anderen auch der Charakter der Geräusche, der in der ungefähren Qualität oder dem Inhalte des Gesprochenen wiederkehrt.

Die *Koch* (vergl. unten 5.) hat dumpfe, polternde Geräusche und nennt die daraus gebildeten Illusionen Erdbebensprache. Sie bezeichnet damit den gleichen Klang der Reden und der Geräusche.

Die *Lindstedt* (18.), deren Eltern, Bruder und Tochter psychisch krank sind, leidet schon seit länger als 10 Jahren an Schwerhörigkeit. Sie hat jetzt seit geraumer Zeit (ein Jahr?) subjective Geräusche, die sie „als einen feinen Singsang, feines Zwitschern“ bezeichnet. Während sie ausser Verkehr mit ihrer Umgebung sich meist isolirt, hört sie „immer ein feines Singen der Vögel; sie erzählen sich, dass ich das Alles verstehen kann, wenn's auch noch so fein ist; da sagte vorhin der alte Grünling zum jungen, er solle sich doch ein Bischen Brod aufheben etc. Gewöhnlich kann ich sie nicht sehen, ich höre sie aber ganz fein in der Luft etc.“

Offenbar ist es „das singende Zwitschern“, das fast alle gehörten Illusionen auf singende und sprechende Vögel beziehen lässt.

Wenn es hier fast sicher erscheint, dass kein subjectiver complicirter Ton ohne die Unterlage des einfachen Geräusches gehört wird, wird es in der grösseren Zahl von Fällen nicht so leicht, aus irgend welchen quantitativen oder qualitativen Aehnlichkeiten auf ein directes Abhängigkeitsverhältniss der complicirten von der einfachen Empfindung zu schliessen. Es schwindet

dann für „die Stimmen“ der Charakter der Illusion; und es scheint, als ob der Reiz im Sinnesorgane überhaupt eine Vorstellung in der Qualität des Sinnes auslöse und diese dann in der vom Gehirnzustande abhängigen Form zur Hallucination werde.

In manchen Fällen erscheint es auch gleich, ob der Reiz durch den *Acusticus* als Schall, oder durch einen sensiblen Nerven des Apparates als Schmerz, Druck oder dergl. empfunden wird.

28. *O. Pf.*, 31 Jahr, ohne ererbte Krankheitsdisposition, war im 7. Jahre ohrenkrank. Im 15.—16. Jahre litt er an quälenden Ohrgeräuschen; seitdem hat er sie nicht wieder gehabt.

Im Somer 1864 fing er an, während eines rasch eingeleiteten Erregungszustandes eigenthümtiche ziehende Schmerzen vom Kopf nach den Ohren, den Extremitäten etc. zu empfinden und gleichzeitig Stimmen zu hören, die er mit wenigen Unterbrechungen und nur unwesentlich wechselnder Intensität bis jetzt vernimmt. Ausser ihnen bestehen auch jetzt noch schmerzhafte Gefühlssensationen, die er fast immer zum oder vom Kopfe ausgehend beschreibt, als die hauptsächlichsten Erscheinungen der Psychose.

Er giebt an, dass man ihm 1864 in Berlin Stimmen zugerufen habe; „ein Mädchen musste die ganze Nacht hindurch ein Lied singen; ich sah oft genug aus dem Fenster, um die Person zu entdecken, erblickte sie aber nicht; sie sagten das dümmste Zeug und versetzten mich dadurch in die grösste Aufregung etc. Das thaten sie, damit ich nachher empfänglich für Gehörstäuschungen würde; Gehörstäuschungen sind es, wenn ich ein Geräusch oder ein Gespräch höre und ich verstehe das darunter, was ich gerade denke. So war's ja auf der Reise, wo ich in dem Rhythmus der Dampfwagengeräusche immerfort 2 Worte hörte: Gottvoller, Lolchgraf; das wechselte ab. Das war mir grade in Berlin oft vorgerufen und gewissermaassen mit Absicht so eingeprägt, dass ich's als Gehörstäuschung immerfort hörte. Etwas Aehnliches habe ich auch hier gehabt; so hörte ich eines Tages ein Geräusch in der Ferne und gleichzeitig entwickelten sich daraus ein paar Worte, die immerfort wiederkehrten; nachher klärte sich's auf (ich hatte schon einen Schreck bekommen, dass die Quälerei wieder losgehe), dass es das Poltern eines Wagens war, der näher kam und den ich dann auch sah. Dergleichen Gehörstäuschungen habe ich jetzt nicht mehr, sondern

höre ausschliesslich wirkliche Stimmen, die mich von den Täuschungen ableiten sollen. Das muss drüben durch akustische Apparate gemacht werden; es wird wahrscheinlich ein Sprachrohr auf mich gerichtet. Es drückt in die Ohren hinein, es ist, als ob's in die Ohren hineingepresst werden sollte. Heute höre ich die Stimmen besonders laut vor den Ohren, dass ich ordentlich Schmerzen davon habe. Gegen Abend bekam ich Schmerzen durch den Druck und den Schall, den die Stimmen verursachten; es ist ein Stechen und als ob sich was verzerrt, als ob das Ohr (bes. das rechte) grösser werde, nachher geht s in den Kopf und von da in den ganzen Körper; schliesslich wird die Erregung immer grösser; ich werde empfindlicher gegen alle wirklichen Geräusche und gegen die Stimmen. Wenn ich jetzt viel sprechen wollte, würde es mir schwer fallen; ich würde den Zusammenhang verlieren; die Erregung steigert sich und auch die Stimmen stören. — Es ist eine heulende Stimme, zuweilen sprechen auch zwei (mehr glaube ich noch nicht gehört zu haben) und dadurch wird's immer aufregender. Wenn zwei Stimmen sprechen, so sprechen sie häufig unterhaltungsweise, entweder direct zu mir, oder unter sich, dass ich's höre; oft höre ich nur die eine Stimme deutlich und die andere undeutlich; dann bekommt die ganze Rede etwas Unsicheres und das betäubt mich so, dass ich nachher nicht volle Geistesfrische habe." Der Inhalt der Stimmen bezieht sich auf seine frühere Lebensgeschichte, Processe etc.

Das Resultat der Ohruntersuchung ist: die Trommelfelle auf beiden Seiten abnorm concav nach innen gezogen, grau getrübt, kein Lichtkegel. Uhr auf $2\frac{1}{2}$'; Gehör für Sprache sehr fein.

Durch *Politz*. Verfahren und Katheter wird versucht, den Zug resp. Druck nach innen zu compensiren. Bei *Pf.* ist es bei der beträchtlichen Krümmungs-Veränderung der Trommelfelle allein der schmerzhafte Druck, Ziehen etc., der im Gehörsapparat, abgesehen von den Hallucinationen, als Krankheitserscheinung besteht; die Hörfähigkeit ist nicht wesentlich verändert oder vermindert, subjective einfache Geräusche werden nicht vernommen. Dabei aber werden fast continuirlich Hallucinationen und Illusionen producirt, deren Intensität in directer Beziehung zur Zunahme des Schmerzgefühles, Druckes etc. im Ohre steht. — Es ist nichts vom Gesunden Abweichendes, dass der Eindruck einer sensiblen

Erregung der Haut eine secundäre Vorstellung in der Qualität des Gehörsinnes mit auslöst. Es ist auch geläufig, das die primär erregte Gefühlssinnesvorstellung, wegen Mangels an Aufmerksamkeit für sie etc., für das Bewusstsein dunkel bleiben kann und die Gehörsvorstellung als die prävalirende, einzige und unmittelbar erregte zum Bewusstsein kommt. Dies dürfte den Process bei *Pf.* um so eher erläutern,, als beide Sinnesthätigkeiten vor sich gehen. Hierher gehört auch die Gehörsempfindung der *Koch* (5 vergl. unten):

Während der Manipulationen beim Untersuchen des Gehörganges gab sie wiederholt an, dass sie höre: 's thut weh, s' thut weh etc. Es ist nicht anzunehmen, dass sie die Einführung des Ohr-Trichters, das Wegnehmen der Epidermisschüppchen etc. und der Pincette gehört hat; das Mitfassen eines Härchens und ähnl. verursachte ihr Schmerz.

Wird ein anderer ferner Körpertheil sensibel erregt, so kann derselbe Process vor sich gehen; ein in seinen elementaren Functionen durchaus verrückter und deshalb im Einzelnen gar nicht nachzudenkender Mechanismus des Vorstellens, der als Postulat ein Vicariren der verschiedenen Sinnesnerven für einander voraussetzte, gehört aber dazu, wenn der sensible Reiz an seiner Quelle (der Haut) als directer Schallerreger empfunden und mit der Haut gehört zu werden vorgegeben wird.

In einem der prägnantesten Fälle liess auch eine genauere Analyse, namentlich eine Nöthigung der Kranken, den angeblichen Wahrnehmungsprocess zu präcisiren, die anscheinende Schärfe und Deutlichkeit des Gehörs am und durch den Rücken für sie selbst hinfällig werden. Es waren schliesslich nur Vorstellungen, die in vage Verbindung und Schmerzen im Kreuz (bei chronischer Metritis) gebracht und nach dem Modus der Hallucinationen gehört wurden; ihr Inhalt war meist ein sexueller.

Dass aber bei allen homologen und heterologen Reizen des *Acusticus*, sowie sensibler Nerven nur dann eine Illusion oder Hallucination zu Stande kommt, wenn der Mechanismus der Vorstellungsthätigkeit, vor allem durch eine gewisse Benommenheit gestört ist, die in letzter Instanz der Ausdruck einer besonderen Functionsstörung des Gehirns ist, erklärt auch das ausschliessliche Vorkommen der Hallucinationen bei gewissen sogenannten Formen der Psychosen: einer gewissen Disposition innerhalb dieser Formen und Stadien zu Hallucinationen. — Wie weit der Mangel klaren Bewusstseins die durch die ge- und zerstörten Sinnesthätigkeiten bedingten Anomalieen oder Abwesenheit der real erregten Sinnesempfindungen nicht zur Wahrnehmung bringen kann, zeigte schon Dr. *R.* 3.; ebenso die *Scheifler*.

4. *J. Sch.*, 58 Jahre, Pastorswittwe aus Bl., ohne nachweisbare Krankheitsanlage. Die Jugendgeschichte etc. ist unbekannt. Nach längerem melancholischen Verhalten soll sie 1850 zum ersten Male tobsüchtig gewesen und darnach erregter als sonst geblieben sein; rasch wechselnd in ihren Stimmungen und Affecten etc. 1854 und 1856 wurde sie wieder auf 6—8 Wochen tobsüchtig. Im September 1856 wurde sie der Anstalt übergeben. Auch hier blieb sie erregt, sprach laut für sich, schimpfte, schlug, verunreinigte sich etc. Selten war sie heiterer Stimmung. Sie unterhielt sich stundenlang mit Nichtvorhandenen, erzählte, dass sie Nachts Besuch erhalte, hielt die Aerzte für Majestäten, die Wärterinnen für Männer etc. Unterbrochen wurden diese anhaltenden Erregungszustände etwa jeden zweiten bis dritten Monat durch mehrtägige Depression: Kopfweh, Uebelkeit, Unlust zum Sprechen, Neigung im Bett liegen zu bleiben. Sie wurde fortschreitend verwirrter und weniger erregt. Die Depressionszustände kamen 1861 und 1862 häufiger (allmonatlich), aber wesentlich in der früheren Form; von da an hörten sie auf. Wiederholte Oedeme der Unterschenkel: „ich habe Läuse darin, fassen Sie sie nicht an, Sie bekommen auch welche". Persistente motorische Störungen sind nicht, ein einziger epileptiformer Anfall März 1864 beobachtet worden.

Schon 1858 war sie schwerhörig; allmälig wurde sie gehörlos; Anfang 1865 hörte sie noch, wenn man ihr laut ins Ohr schrie; Ende 1865 gar nichts. Linkes Trf. verdickt, weiss getrübt, besonders

nach hinten, Lichtkegel matt und nur angedeutet. Rechts breite weisse Randsichel, vom Hammer ist nur der *Proc. brevis,* der stark vorspringt, sichtbar. Vom Griff ist nichts deutlich zu sehen. Glanz fehlt, Trübung stärker wie links. Stimmgabel wird gefühlt. Uhr und Sprache 0.

Im August 1864 erblindete sie rechts, im October desselben Jahres links.

Während der letzten beiden Jahre war die Stimmung fast unausgesetzt heiter. Fortdauernd verkehrte sie unterhaltungsweise mit „Majestäten, Besuch etc." Wiederholt klagte sie „über den ewigen Lärm." Sie erzählte, was und wen sie gesehen; sie beklagte sich, dass man sie stets Nachts besuche, dass man auf ihre Fragen nicht antworte; wurde ihr das ev. Gewünschte gereicht, so hatte sie anscheinend öfter die Empfindung einer die Darreichung begleitenden Anrede; sie sagte dann: „heute sprecht ihr doch vernünftig, heute gebt ihr doch Antwort", oder „das soll von meiner Tochter sein?" etc. Sie hielt sich weder für taub noch blind.

Seit Anfang 1866 wieder Kopfweh, Abnahme der Esslust, häufige Brechneigung und Erbrechen. Am 14. März apoplectiformer Anfall mit leichten Zuckungen in der linken Gesichtshälfte und den linken Extremitäten. Am 15. März Tod.

Aus dem Sectionsberichte: Vom rechten Orbitaldache war ein ziemlich kugelrunder Markschwamm von circa 2" D. in die rechte Grosshirnhemisphäre hineingewachsen. Der rechte *Tract. optic.*, das *Chiasma* und beide Sehnerven zerdrückt, resp. atrophirt. Die *Acustici* normal. Verdickung und Adhäsionen der Trommelfelle, Synostose der Steigbügel im ovalen Fenster beiderseits etc.

Bei dem Bestehen von Illusionen und Hallucinationen lebhaftester Art hielt sie sich durch diese einzigen subjectiv entstandenen Sinneseindrücke für überzeugt, dass sie genügend sehen und hören könne; sie hat demnach anscheinend nie den Verlust der beiden Sinne empfunden, ebenso wenig wie Dr. *R.*, der bei seiner absoluten Taubheit „die Sinne aller Menschen nicht für schärfer als die seinigen hält". —

Wie umgekehrt trotz der Neigung zu illusorischer Wahrnehmung und den bestehenden Illusionen namentlich des Gesichtssinnes bei einem Kranken auch die bedeutendste Störung des Gehörs keinen Reiz zur Pro-

jection einer Gehörshallucination bieten kann, zeigt nachfolgender Fall:

2. *C. Schulze,* Bergmann aus W., geb, 1828, ohne ererbte Krankheitsanlagen. Schon seit seinem 15. Lebensjahre ist er schwerhörig geworden, ohne dass er an einer localen Ohrkrankheit gelitten; Schmerzen hat er nie im Ohr gehabt, Kopfweh selten, nur während er liegend arbeitete; Ohrensummen und Zischen belästigte ihn häufig und anhaltend; zuweilen vernahm er auch Knattern und Flattern. Allmälig nahm die Hörfähigkeit so ab, dass er 1857 für gänzlich taub galt. Gleichzeitig war er misstrauisch geworden, hatte sich von seiner Umgebung zurückgezogen, zeigte sich „zuweilen auffallend eitel". Man nahm an, „dass er schon lange nicht recht bei Verstand sei". Als er wegen seines Leidens die Arbeit wechseln musste, fing er an über Zurücksetzung zu klagen, über Hass, Verleumdung durch seine Kameraden; er sprach es aus: „man trachte ihm nach dem Leben; seine Mitarbeiter hätten ihn schon längst abgethan, wenn ihn nicht der Heiland beschützt hätte und ihm erschienen sei."

Im Juni 1857 arbeitete er im Schacht; der Steiger sprach und zeigte einem Bergmann etwas; *Sch.* bezog „die verdächtige Pantomime" auf sich; er hatte gleichzeitig schiessen gehört („eigentlich habe ich das mehr mit dem Körper gefühlt"), er wähnte in die Luft gesprengt und verscharrt zu werden; sofort verliess er die Grube, eilte in einem Laufe nach Hause und schloss sich ein. Er nahm Waffen, Beile etc. zu sich, um sich gegen seine Feinde zu vertheidigen etc. Am 25. October 1857 wurde er der Anstalt übergeben. Hier erklärte er sich von Anfang an für heftig verfolgt; er sei Matthias, Gottes Sohn, er könne Wunder thun, die Bibel auslegen etc., er solle die heilige Lehre reinigen, dafür werde er angefeindet, man fluche ihm etc. Er gab an, Gott, Christus, die Engel etc. seien ihm einige Male erschienen. Wenn er sie nicht gesehen, habe er sie auch gefühlt, wie sie sich über ihn gelegt, wie sie ihn umflattert, angehaucht. Gehört habe er sie nie, er könne ja nicht hören. — Wenn ihm Gift ins Essen gethan, fühle er es nachher in den Eingeweiden brennen.

Seine Stimmung war meist erregt; oftmals hat er Kranke und Wärter, von denen er sich beleidigt wähnte, attaquirt.

Sein Aussehen ist blühend, sein Ernährungszustand gut. Die Brust- und Unterleibsorgane sind und fungiren anscheinend normal. Das Hautgefühl ist bei Sensibilitätsprüfungen normal gefunden. Der

Schlaf ist gut. Er klagt sehr häufig über eigenthümliche Schmerzen in den verschiedensten — allen Körpertheilen.

Er arbeitet fleissig und sehr geschickt im Garten etc., liest und schreibt daneben viel; der Verkehr mit der Umgebung ist durch die Taubheit sehr beschränkt; meist schilt und zankt er auf Mitkranke, die „ihm etwas anthun".

Die Untersuchung der Ohren ergiebt: Rechtes Trf. matt, mit Lichtkegel, von normaler Ausdehnung, aufzublasen. Linkes Trf. milchweiss, besonders die hintere Hälfte; Hammergriff nach aussen vorspringend, Lichtkegel, aufzublasen.

Unterscheidet keinen laut geschrieenen Vocal, hört keinen musikalischen Ton, hört die eigne Sprache nicht, fühlt den Schall, ohne ihn zu hören. Die Schwingungen der Stimmgabel fühlt er undeutlich durch die Kopfknochen, deutlicher durch die Finger. Der Schmerz bei Berührung des Trommelfells ist auffallend vermindert.

Die Sprache ist klanglos, nasal, ziemlich undeutlich.

Um sich mit ihm zu verständigen, ist es nöthig, Fragen etc. aufzuschreiben. Die Worte richtig vom Munde abzusehen, wird ihm sehr schwer. Ohrgeräusche empfindet er jetzt nur äusserst selten, „Brummen im Kopf". „Stimmen von Geistern oder übernatürliche habe ich nie gehört; ich höre ja schon seit vielen Jahren nicht mehr. Ich verstehe hier keinen Menschen, die sprechen wohl den ganzen Tag und machen da ihre Pantomimen dazu, aufschreiben thut mir Keiner etwas; man wird ja ganz confus davon. Das hört nicht auf mit den Verruchtungen, Schmähsegnungen; ich höre aber die Verruchtungswuth nicht, das sehe ich Ihnen Alles vom Munde ab; das ist so gut bei den Weibern drüben, wie hier. Ich merke das gleich an meinem Körper; da sehe ich wie *W.* sagt: Zähneschneiden, Schneidezähne und dann habe ich das Zahnweh weg, oder ein Mensch zeigt auf seine Glieder und wohin er zeigt und eine Verruchtung spricht, da habe ich Schmerzen; allerhand wird einem angethan: Grubenuntersuchungsverruchtungsverfluchtung, Wuwularuwa etc. — Das sollen keine deutschen Worte sein? Sie werden mir doch angeboten; ich sehe sie doch den schlechten Menschen vom Munde ab und fühle es doch in meinem Körper: da hat man's im Knie, das reisst wie Brand in den Armen, dass man die Arbeit hinlegen musste; das ist eine fortwährende Qual. Ich sage Ihnen, es wird mir Nachts durch die Artillerieschüsse ins Bett geschossen; ich höre es nicht, aber ich merke es in meinem Körper; es ist, als ob die Kugel hineinflöge, dass ich in die Höhe fahre. Erst wenn ein heiliger Engel kommt, bringt der mir Ruhe; der spricht dann Beruhigsegen etc.; gehört habe ich keinen, das sehe ich ihnen auch am

Munde ab und man merkt's auch gleich, wenn die Schmerzen nachlassen; dass ein so heiliger Mann wie ich so leiden muss! Mit dem Gift haben sie es nun schon eine lange Zeit gelassen; aber was habe ich da für Schmerzen im Leibe ausgestanden! etc."

Der otoskopische Befund schliesst die Annahme einer bedeutenderen Krankheit des mittleren Ohres aus; es muss auf eine nervöse (cerebrale) Taubheit geschlossen werden. Mit grosser Wahrscheinlichkeit ist die Gehörsstörung eine Theilerscheinung des Gehirnleidens, das die gleichzeitigen psychischen Krankheitserscheinungen zur Folge hatte.

Subjective einfache Geräusche hat er Anfangs nicht selten und dann anhaltend gehabt, später sind sie mehr, jetzt fast ganz verschwunden; ob er das „Brummen, Flattern" mehr fühlt, als hört, lässt sich nicht constatiren. Worte, Stimmen etc. will er nie gehört haben; seit ca. 1857 höre er überhaupt nicht mehr. Jetzt sieht er es den Menschen am Munde ab, was sie zu ihm sagen; das sieht er auf mehrere hundert Schritt schon, wenn *sie* ihm „Verruchtungen" zusprechen. In der That kann er aber trotz grosser und andauernder Mühe des Sprechenden nur in den seltensten Fällen Worte aus den Sprechbewegungen heraussehen. Auch den Geistern, die ihm erscheinen, sieht er die Worte ab und fühlt bei deren Segnungen Behagen, während er bei den Verruchtungen Schmerzen und andere unbestimmte lästige Empfindungen hat. Die Unsicherheit in der Art der Vermittelung dieser Schmerzen durch die Mundbewegungen Anderer, die Unsicherheit der Auffassung dieser Sprechbewegungen selbst und die Eigenthümlichkeit des schmerzhaften Gefühls werden symbolisirt durch die unverständlichen originellen Worte. Im Uebrigen hat er Worte nicht vergessen; er spricht sie eben so sicher, wie er sie schreibt.

Bei *Sch.* kommen die seltensten (?) subjectiven und keine objectiven Gehörsempfindungen zum Bewusstsein.

Er wird daher durch eine Schallempfindung in der durch die Erfahrung gewonnenen Ueberzeugung von seiner Taubheit nie beirrt (wie umgekehrt Dr. *R.* und die *Sch.*); ebenso wenig wirkt (etwa nach dem Modus bei *Pfeffer*) ein anhaltender Reiz durch einen dem Sinnesapparat zugehörigen sensiblen Nerven auf das Gehirn ein. Diese Reizlosigkeit im Gehörorgan lässt die Vorstellung, dass ihm von aussen Schmerzen beigefügt werden, trotzdem er sie durch Worte, Verwünschungen etc. gemacht wähnt, von einer anderen Sinnesthätigkeit begleitet werden; er hat die Illusion, die betreffenden Worte zu sehen.

Auch in dem Falle 1. (*Schroeter*) sind keine Schmerzen im Ohre, keine Geräusche, keine Hallucinationen des Gehörs beobachtet worden.

Ueber Ueberempfindlichkeit des Gehörs klagen wiederholt Kranke. Sie verstopfen sich die Ohren und geben als Grund dafür an, dass sie „zu fein hören"; sie erörtern dies weiter dahin, dass sie z. B. auch aus den entfernteren Gesprächen ihrer Umgebung Anzüglichkeiten, Schimpfworte etc. vernehmen. Der einfache Versuch, die Schärfe ihres Gehörs durch einen Schallmesser (Uhr und Sprache für bestimmte Entfernungen) zu constatiren, ergiebt in allen solchen Fällen kein anderes Resultat, als dass, bei höchstens normaler Schärfe, die Neigung besteht, die durch die Entfernung unbestimmten Geräusche einer Unterhaltung illusorisch umzubilden.

Als Ueberempfindlichkeit wird in den anderen Fällen eine unverhältnissmässige (gewöhnlich widrige) Gesammtgefühlsreaction gegen äussere Schalleindrücke geschildert, die auf eine der Intensität des gegebenen Reizes inadäquate gesteigerte Erregung zurückgeführt wird. Messbare quantitative Veränderungen der Sinnesempfindungen werden indessen auch hierbei nicht wahrgenommen. Bei

einigen Melancholischen erwies sich diese Ueberempfindlichkeit nur als eine psychisch schmerzhafte Reaction gegen die Geräusche, deren Schallstärke in normalem Verhältniss zur Entfernung ihrer Erregungsquelle gefunden wurde. —

Eine wirkliche Hyperästhesie des *Acusticus* besteht bei Gesunden in gewissen Phasen des Schlafes. Dr. *Kohlschütter*, der durch Schall von bestimmbarer Intensität die Tiefe des Schlafes maass, theilte mir mit, dass er während desselben häufig das Anschlagen des Hammers an die Schieferplatte dröhnend, donnernd empfunden habe; da die Stärke des producirten Schalles numerisch bestimmt war, konnte er sich sicher von der bedeutend verstärkten Wahrnehmung überzeugen.

Wenn es hierbei fraglich ist, ob in einer besonderen Einstellung der Muskeln, resp. der Gehörknöchelchen, die Ueberempfindung oder in dem durch den allgemeinen Gehirnzustand, der den Schlaf begleitet, modificirten Bewusstsein bedingt ist, lässt es sich in folgendem Falle wohl mit Sicherheit annehmen, dass in Folge der Gehirnkrankheit das Bewusstwerden im Allgemeinen alienirt war, da die voraufgegangene anatomische Läsion nachzuweisen war und gleichzeitig auch andere Sinne in derselben Art sich überempfindlich zeigten. Es ist dieser Fall, in dem ich von dem siebenzigjährigen Kranken, der bei hoher Bildung durchaus zuverlässig in der Wiedergabe seiner sehr genauen Selbstbeachtungen war, Notizen über diese Vorgänge erhielt, der einzige, in dem ich eine wirkliche „Hyperakusis“ beobachtete.

In einem maniakalischen Erregungszustande, der einem apoplektiformen Anfalle mit rasch vorübergegangenen leichten Lähmungserscheinungen in der linken Körperhälfte gefolgt war, empfand der Pat. „fast alle Sinneseindrücke verstärkt“; „ich wurde dadurch zu den seltsamsten Vorstellungen und oft heftigen Handlungen gezwungen;

Alles sah ich heller und farbiger, das Zimmer erschien mir als ein weiter hoher Saal, die Menschen und Möbel noch einmal so gross; ich selbst fühlte mich riesengross; Alles, was um mich gesprochen, hörte ich übermässig laut. Wenn meine Frau sich über mich beugte und redete, war es mir, als schreie sie mir laut ins Ohr. Wiederholt stiess ich sie deswegen von mir und wollte mich noch nach einigen Tagen nicht davon überzeugen, dass sie, wie sie mich versicherte, als sie meine Empfindlichkeit gemerkt, um mich zu schonen, ganz leise gesprochen".

Die Krankheitserscheinungen traten nach wenigen Wochen zurück, so dass Pat. ein Jahr lang restituirt erschien. Wiederholte apoplektiforme Zufälle hatten nachher allmälige Verblödung und den Tod zur Folge.

Bei verminderter Hörfähigkeit ist die Stimmung Geistesgesunder vorwiegend deprimirt. Unter den in der vorstehenden Liste verzeichneten Ohrkranken sind indessen nur 2, die zeitweise unter dem Bewusstsein der Schwerhörigkeit gedrückt erscheinen; bei den übrigen ist eine directe Abhängigkeit der Stimmung von der verminderten Hörfähigkeit nicht nachzuweisen; Mangel an Bewusstsein der Gehörlosigkeit (vergl. oben) lässt die Pat. sogar diesen Defect des Sinnes gleichgültig ertragen.

Das den Schwerhörigen so oft nachgesagte Misstrauen stellt sich nach der Versicherung der Ohrenärzte bei Geistesgesunden nur dann ein, wenn ihnen wiederholt gegründete Veranlassung dazu gegeben ist. Bei 2 Kranken wurden Erregungszustände beobachtet, während deren sie direct über Verleumdungen, Verspottungen etc. seitens ihrer Umgebung klagten, die schlecht gegen sie gesinnt sei etc. Das hierdurch ausgesprochene Misstrauen stand in Wechselbeziehung zu dauernden sog. Verfolgungswahnideen und Hallucinationen, namentlich auch

Gehörs-Illusionen aus den Gesprächen der Umgebung. Nur sehr selten und bei einzelnen Gelegenheiten wurde an einigen der übrigen Schwerhörigen beobachtet, dass Illusionen aus objectiv entstandenen Geräuschen auftraten. In den Fällen, in denen sich die prägnantesten Illusionen dieser Art zeigten, war im Gegentheil keine Affection des Gehörorgans, namentlich auch keine Gehörsverminderung nachzuweisen.

In 2 Fällen zeigte sich der Einfluss der verminderten Hörfähigkeit in seinem Endresultate als Taubstummheit (*Koch*) oder als ein gewisser Grad derselben (*Freudenberger*).

Wenn von Kindern in den ersten Lebensjahren wegen Mangels an Hörfähigkeit niemals Schall hörbar empfunden wird, so werden Schalleindrücke durch den *Acusticus* auch keine Reflexbewegungen auslösen können, im Besonderen nicht reflectorisch auf den Sprachapparat übertragen werden. Es werden Worte weder gehört noch gesprochen, demnach auch Vorstellungen von Gehörtem nicht gebildet werden; die Kinder sind taubstumm.

Ist das Vorstellen in Worten erst kurze Zeit geübt, d. h. ist die ohnehin noch geringe Summe der inneren Reize für subjective Wortbildungen, ihre Beziehungen zu den motorischen Impulsen auf den Sprachapparat noch nicht constant geworden, in geläufige Bahnen gekommen, so verlieren auch Kinder, die bis zum 4—5. (auch 10.) Jahre gesprochen haben, die Eigenschaft, die Wortbilder ohne fernere äussere Reize (gehörte Worte) zu reproduciren und produciren: sie verlernen das Sprechen und werden taubstumm. Aelteren Kindern bleibt der Gebrauch der Sprache: sie sind namentlich im Stande durch Lesen einen weiteren Schatz von Worten zu erwerben und sie nach Analogie des bisher Geübten in Gesprochenes umzusetzen. Es ist daher zunächst wichtig, die Umstände

betrachten zu können, unter denen ein Erwachsener taubstumm wird.

5. *D. Koch* aus Mühlhausen, unverehelicht, geb. 1829. Unter den Blutsverwandten sind weder Psychosen noch Ohrenkrankheiten vorgekommen. Bis zum 12. Lebensjahre ist sie wesentlich nicht krank gewesen; um diese Zeit bekam sie Scharlach. Nach ihm blieb „ein eitriger Ausfluss aus den Ohren" zurück, der mehrere Jahre andauerte und in dessen Folge sie zunehmend schwerhörig wurde. Ihre Lernfähigkeit für Schulkenntnisse, die sie sich bis dahin leicht erworben, wurde jetzt gestört. Nach der Confirmation arbeitete sie in einer *Spinnerei*. Im 17. Jahre galt sie bereits für taub. Ende 1862 fing sie an, entgegen ihrem bisherigen Verhalten, theilnahmlos für ihre Umgebung, auffallend still, traurig zu erscheinen, viel für sich hin zu sprechen und zu weinen. Sie klagte, dass die Leute sie verleumdeten, ihr Schlechtes anthun, ihr die Nahrung nehmen wollten, sie müsse verkommen, Speisen könne sie nicht mehr bezahlen, sie müsse Holz essen etc. Sie wurde schlaflos, lief Nachts umher, öffnete häufig die Fenster, „um den Leuten das Lärmen zu verbieten." Auch bei der Arbeit wurde sie unruhiger; Stimmen sagten ihr zuweilen, sie solle nicht arbeiten etc. Sie sprach und zankte viel für sich: „unverständliche Worte und Schimpfreden". Am 10. Juni 1863 wurde sie der Anstalt übergeben. Ihr Ernährungs- und Kräftezustand erschien gut; in den Functionen der Brust- und Unterleibs- auch Sexualorgane bestand keine Störung. Der Schlaf ist von Anfang ihres Aufenthaltes an unregelmässig gewesen.

Der Grad der Stimmung schwankte Anfangs zwischen tiefstem Gedrücktsein und lautesten Thätlichkeiten; später war sie ziemlich gleichmässig deprimirt.

Sie beschäftigte sich mit weiblichen Haus- und Handarbeiten. Mit ihrer Umgebung sprach sie sehr wenig, meist für sich, unverständlich. Im Anfang las sie noch mitunter, später gar nicht mehr; sie schrieb selten einen Brief. Ihre Sprache war nach dem ärztlichen Gutachten schon vom 16. Jahre merklich verändert; sie wurde näselnd; „die einzelnen Worte wurden zusammenhängender, mehr in einander fliessend ausgesprochen." Doch war sie zur Zeit ihrer Ankunft noch ziemlich leicht verständlich. Allmälig jedoch, ohne leiser zu werden, wurde sie dadurch undeutlich, dass selbstgebildete Worte immer häufiger in den Sätzen wurden; während des letzten Jahres wurde höchst selten noch ein wirklich deutsches Wort dazwischen gebraucht; ihre sprachlichen Aeusserungen bestanden nur in dumpfklingenden Geräuschen. Meist wurden sie von Gesten, Pan-

tonisten, einer Art Geberdensprache begleitet, die dafür zeugte, dass etwas Bestimmtes ausgedrückt werden sollte, durch die sie sich überhaupt noch verständlich machen konnte, und für die sie, wenn sie in einfacher Art von Anderen gebraucht wurde, auch noch genügendes Verständniss zeigte. In gleichem Schritte mit der Sprache wurde die Schrift undeutlich. Die Schriftzüge blieben wesentlich die früheren, doch waren die letzten Briefe dieselben unverständlichen Zusammensetzungen irgend welcher Sylben, wie die damaligen Reden. Zum Lesen oder zu geregelten Schreibübungen war sie nicht gebracht worden.

Sie klagte über andauernde heftige Geräusche, die sie schon immer gehabt; „ich habe die Ohrenklapper, wie eine Windmühle; das heult wie Wind im Schornstein, fürchterlich wie Erdbeben etc." Sie klagt ferner über „die fortwährende Zusprache; ich höre so schwer, aber die ist ganz anders, als wenn mündlich gesprochen wird, das ist die Erdbebensprache, sie ist fürchterlich; ich konnte heute nicht wieder einschlafen, so schrecklich; ich weiss nicht recht, wie sie gemacht wird, da ich doch so schwer höre; es wird so sehr viel Unverständliches mit darunter gesprochen, es ist auch eine Uebereinstimmungssprache; sie haben immer eine gegenwärtige Antwort, wenn man 'nüber spricht, antworten sie gleich 'rüber. Während der Manipulationen beim Untersuchen der Ohren gab sie an, dass sie höre: „'s thut weh, 's thut weh." Bei der Berührung des Trf., gegen die sie nur mässig empfindlich ist, hört sie nichts; beim Kratzen in der Umgebung des Ohres ebensowenig. Sie spricht unverständlich für sich, lächelt, sagt dann weiter, „Hörten Sie's nicht, jetzt sagten sie, 's ist recht gut; hören Sie's noch nicht, jetzt sagen sie gar Luder. Das geht immerfort; wenn sie mir Aerger und Verdruss machen wollen, kommen die Schimpfreden." Es wurde nicht beobachtet, dass sie wirkliche Reden ihrer Umgebung falsch gedeutet, „das leise Gespräch höre ich nicht, da muss mir einer in die Ohren schreien (1863)."

Sie wiederholte häufig bei einzelnen Handlungen, z. B. als sie sich entkleidet hatte: das ist die Zusprache gewesen; als sie nicht ass: die von unten haben's verboten.

Die physikalische Untersuchung der Ohren (Februar 1865) ergiebt: Im rechten Trf. centrale vertiefte Narbe von Linsengrösse; der übrige Theil des Trf. ist glanzlos, weissgrau, verdickt. Der Hammergriff stark nach innen gezogen, Gehörgang auffallend trocken. Linkes Trf. noch mehr weiss als das rechte; Hammergriff geknickt; Spitze des Lichtkegels vorhanden; Centrum und vordere Hälfte des Trf. auffallend eingesunken. Uhr 0, Stimmgabel? Rechts und links vernimmt sie

laut gesprochene Zahlen auf 1". Nach dem Catheterismus rechts besseres Gehör für Sprache. Nach dem *Pol.* Versuch keine Lageveränderung der Trf. Die Tuben sind durchgängig. Die Nasenrachenschleimhaut ist sehr aufgelockert.

Bis zum März 1866 war sie vollständig gehörlos geworden.

Noch als sie sich durch Sprache nicht mehr verständlich machen konnte, deutete sie zuweilen nach den Ohren mit einer rotirenden Geste.

Einmal (1863) hatte sie während der Nacht eine Kranke, die an ihr Bett gekommen, mit dem Schemel zu schlagen versucht: „ich dachte, es wäre ein schwarzes Thier."

Ueber andere Hallucinationen und Illusionen konnte nichts direct erfragt, auch sonst nicht indirect darauf geschlossen werden.

Während des Sommers 1866 erkrankte sie an chronischer Pneumonie und starb am 12. October 1866.

Rechterseits fand sich ein ganz dünnes Hämatom der *Dura mater*, das nur in der vorderen Schädelgrube etwas stärker wurde. Weiche Häute ungetrübt und nicht infiltrirt; Gehirn wässerig, wenig blutreich u. s. w.; *Acustici* normal; die beiden Steigbügel sassen unbeweglich in den *Fenestr. oval.* Paukenschleimhaut gelockert und injicirt etc.

Als die *Koch* in die Anstalt aufgenommen wurde, sprach sie, abgesehen von dem nasalen Charakter ihrer Stimme, ziemlich deutlich und verständlich. Sie selbst war für die Conversationssprache ihrer Umgebung unempfindlich. Nur directes lautes Sprechen ins Ohr hinein hörte sie; im weiteren Verlauf nahm auch dieser Grad von Hörfähigkeit noch bis zur Unfähigkeit ab. Jedenfalls erhielt sie bei diesem Zustande nur selten Gelegenheit, zusammenhängend Gesprochenes zu hören. Dazu kam, dass sie in Folge der melancholischen Verstimmung sich vom Verkehr mit ihrer Umgebung mehr und mehr zurückzog und die, die ihr etwas sagen wollten, eher zurückstiess, als dazu aufforderte. Lesen hatte sie nur schwer erlernt; sie übte es nicht weiter. Zu ihren Arbeiten, mit denen sie sich andauernd beschäftigte, wurde sie durch eine Art Geberdensprache angeleitet.

Worte, objective Schalleindrücke überhaupt empfand sie demnach entweder in verschwindend kleiner Zahl, oder später gar nicht mehr. Was sie hören konnte, waren nur die starken subjectiven Geräusche (Erdbeben etc.) und die nach dem Modus der Hallucinationen ihre Vorstellungen begleitende Sinnesthätigkeit. Die einfachen subjectiven Geräusche blieben anscheinend bis zu ihrem Tode; einige Gesten konnte man dahin deuten. Die Illusionen resp. Hallucinationen, die im unmittelbaren Zusammenhange mit der Häufigkeit und dem Inhalte der Vorstellungen stehen, folgten den Modificationen dieser. Die *Koch* verblödete, wenn auch sehr langsam; die psychische Activität wurde verringert; damit verringerten sich also die Vorstellungen quantitativ und qualitativ: sie wurden seltener und unbestimmter und hiermit auch die Illusionen und Hallucinationen seltener und unbestimmter. Es war hierbei natürlich die Production aller Vorstellungen, soweit sie von jedem der Sinne abhängen, geschwächt. Durch die anderen Sinne jedoch wurden aus objectiven Erregungsquellen fortdauernde Reize an den Ort der Vorstellungsthätigkeit geführt und so das Vorstellen durch objective Sinneseindrücke in gewissem Grade stationär erhalten. Dies war sichtbar durch die Umsetzung der Vorstellungen in complicirte Bewegungen: die Handlungen waren noch einer nicht allzu geringen Summe erhaltener psychischer Kräfte entsprechend. Sie verrichtete Hand- und Hausarbeit ganz geschickt und ihr Verhalten in dieser Richtung ähnelte durchaus mehr dem einer nichtblödsinnigen Taubstummen. Die sprachlichen Aeusserungen erschienen isolirt schwächer als die correspondirenden Handlungen von nahe gleicher psychischer Dignität, weil die Gehörsvorstellungen gar nicht mehr angeregt wurden, die Eigenbildung aber in Folge der Verblödung gestört war. Der Inhalt der Illusionen und Hallucinationen war von Anfang an ein

eschränkter; solange die dahin gehörigen Vorstellungen
och lebhafter sich wiederholten und namentlich Stim-
ıungen und Affecte zur Mittheilung nöthigten, wurde
ine gewisse Uebung der Sprache noch angeregt. Mit
er zunehmenden Affectlosigkeit und dem Mangel an
ebendigkeit hörten diese Reproductionen und Impulse
uf den Sprachapparat auf. Die Vorstellungen und
nschauungen von Bewegungen im Sprachapparat über-
aupt waren dabei noch nicht zu Grunde gegangen, nur
ie der Einstellung zu den conventionellen Worten waren
erloren. Sie wollte sich überhaupt noch durch den
prachapparat äussern, aber sie konnte höchstens noch
ie bestehenden Gehörsbilder äussern. Als solche konnten
e dumpfen Geräusche angesehen werden, denen anfangs
e einzelnen dumpfen Sylben in der Rede und später
ıs stossweise dumpfe Poltern als alleiniger Inhalt des
esprochenen entsprachen. Indessen konnte dies Gepolter
ıch nur der Effect der zufälligen regellosen Bewegun-
ın im Sprachapparate sein, da es zu bezweifeln, dass
e *Koch* bei der Unfähigkeit die eigene Sprache zu
ıren, die Identität des gesprochenen Geräusches mit
ım gehörten controliren konnte.

Die durch Nichthören der eigenen Sprache bedingte
ızulängliche Schallintensität und Nüancirung der Worte
ıd darauf basirte Undeutlichkeit war hierbei natürlich
ıd durchaus von der Verminderung der Worte zu tren-
en. Es war dies um so leichter, als auch gleichzeitig
ie Fähigkeit, sich schriftlich zu äussern, verloren ging.
nfänglich schrieb die *Koch* ihren immerhin geringen
enntnissen nach Briefe, die trotz fehlerhaftester Ortho-
raphie und Construction, annähernd einen bestimmten
ıhalt wiedergaben. Allmälig wurden einzelne Wortbil-
er ganz unbestimmt und die letzten von ihr geschrie-
enen Zeilen waren ganz indifferent, zufällige Verbin-
ungen von Buchstabentheilen, die kein verständliches

Wort zusammensetzten. Also auch die Symbolisirung der Worte durch sichtbare war mit der durch hörbare Zeichen unmöglich geworden. Die sichtlichen Bilder für die Vorstellungen der Worte zu erhalten wäre dann möglich gewesen, wenn andauernd Lese- und Schreibeübungen angestellt wären. Aber abgesehen von dem wenigen in der Schule Erlernten, weigerte sich die *K.* in den letzten Jahren übungsweise zu schreiben und zu lesen.

Der ganze Process verläuft in circa 3 Jahren. Bei der Aufnahme in die Anstalt war das Schwächestadium und damit die Rückbildung der Gehörs - Vorstellungen und der Anfang der Taubstummheit eingeleitet.

Als Analogon ist die Taubstummheit zu erwähnen, die im höchsten Alter bei bestehender Gehörlosigkeit eintreten soll Ich habe Mittheilungen über einen solchen Verlauf bei einem 80jährigen Greise erhalten. Auch im Alter tritt ein Rückbildungsprocess in der Vorstellungsthätigkeit ein.

In dem zweiten von mir beobachteten Falle, der mir hierher zu gehören scheint, ist der Wortschatz für einige wenige Vorstellungsreihen noch zum grössten Theil erhalten.

W. Freudenberger, Handarbeiter, geb. 1803. Es ist keine ererbte Krankheitsdisposition nachzuweisen. Seit „vielen Jahren" war er schon schwerhörig, sonst aber gesund, als er 1840 in einem Streite dergestalt am Kopfe verletzt wurde, dass er des Bewusstseins drei Tage lang beraubt blieb. Dann stellte sich unter Fiebererscheinungen eine wassersüchtige Anschwellung des Körpers ein, die ihn bis zum Frühjahr 1841 ans Bett fesselte. Als er es anscheinend genesen verliess, fing er an ruhelos und ohne regelmässigen Schlaf fortwährend umherzuirren. Seine Frau und Kinder misshandelte er, betete und sang laut, spielte mit Bällen, warf mit ihnen die Fenster ein; zuweilen sass er still und theilnahmlos, dann wurde er wieder ohne Veranlassnng heftig und zertrümmerte Mobiliar etc. Solche Zustände wechselten täglich mehre Male. Als Grund für sein Verhalten gab er immer nur die eine Antwort: „es kommt mir so an,

die oben wollen es". Nachdem er 1845 in die Anstalt aufgenommen, wiederholten sich die Anfälle tobsüchtiger Erregung nicht mehr. Häufiger aber gab er an, Stimmen aus der Luft, der Decke, den Wänden zu hören, die „ihm nicht Ruhe lassen bei Tag und Nacht, ihm meist Böses sagen und zu thun heissen, fortwährend sich so sehr mit ihm zu schaffen machen, dass er sich dagegen wehren und mit denselben herumstreiten und zanken müsse". Er fängt, während er seine wirkliche Umgebung nicht beachtend da steht, plötzlich an, zu gesticuliren, umherzulaufen, oder bei der Arbeit Drohungen und Schimpfreden gegen die Decke auszustossen, selbst auf die Wände loszuschlagen. Um vor diesem „Besetztsein oder Schmeissen im Kopf" sich etwas zu wehren, wird ihm oft durch Stimmen geheissen, den Kopf ins Wasser zu stecken etc. Ueber Affectionen in anderen Sinnen hat er sich nie geäussert.

Allmälig reagirte er weniger gegen „die Stimmen"; gegen seine Umgebung wurde er theilnahmloser.

Während vor 18 Jahren noch die Wärter sich schriftlich mit ihm verständigen konnten, ist dies jetzt nicht mehr möglich. Er versteht wahrscheinlich nicht mehr zu lesen, da er auf geschriebene Fragen nicht mehr zu antworten versucht, sie nur indifferent ansieht, im Buche blättert u. s. w. Er kann nicht mehr schreiben, so dass die Aehnlichkeit seines Namens mit den Zügen kaum zu erkennen ist. Seine Sprache ist gewöhnlich sehr leise, er redet nur sehr selten; meist spricht er dann von Tabak oder Speisen, oder schimpft verwirrt; wiederholt hierbei hintereinander dieselben Phrasen; dazwischen werden nichtdeutsche, regellose Sylbenverbindungen gebraucht, die die Sätze unverständlich erscheinen lassen.

Er lacht viel für sich und murmelt dabei; über weitere innere Vorgänge giebt er keine Auskunft.

Er beschäftigt sich sehr fleissig und ist bei der Arbeit ziemlich geschickt, ebenso in Anwendung gewisser Pfiffigkeiten.

Die physikalische Untersuchung der Ohren ergiebt: Linkes Trf. plan, glanzlos, verdickt, grauweiss. Nur *Proc. brev.* des Hammers sichtbar; Injection am Hammergriff. Rechtes Trf. stark verdickt, gleichmässig weissgrau, glanzlos, schwache Injection am Hammer. Auf Gehörsprüfungen erfolgt keine Reaction. Er gilt bereits seit 20 Jahren für absolut taub.

Seine körperlichen Functionen sind anscheinend in Ordnung; der Ernährungszustand ist gut. Ist auf dem linken Auge durch frühere Hornhautgeschwüre, vordere Synechie etc. erblindet. Auf dem Kopfe ist keine erhebliche Narbe zu sehen.

Fr. bedient sich, um sich verständlich zu machen, meist der Geberden und äussert sich nur sehr selten durch die Sprache. Mit Lebhaftigkeit spricht er dann einige oft wiederholte Phrasen, die sich mehr oder minder direct auf Taback etc. beziehen, oder durch die er sich mit einer geringen Erregung unwillig und schimpfend verwirrt über Etwas ausdrückt. Häufige Beobachtungen haben die beinahe ausschliessliche Existenz nur dieser beiden Reihen sprachlicher Aeusserungen in Worten erkennen lassen.

Dazwischen werden schon viele ganz unverständliche Sylben und halbe Sätze gesprochen, die, wenn es gelingt, den Kranken zu weiteren Aeusserungen zu erregen, dann den Inhalt der ferneren Rede bilden. Er fährt mit zischelnder tonloser Stimme fort, während er die eigentlichen Worte laut articulirte. Indessen ist das leise Gesprochene immer noch so vernehmlich, dass deutlich erkannt wird, dass nicht Mangel an Fähigkeit, die eigene Sprache zu hören, den Ton schwächt und die Articulation wirklicher Worte stört, sondern nur inhaltloses Geräusch mit dem ungefähren Charakter des Zischelns producirt wird. Dabei gehen seine Handlungen, die an psychischer Dignität der Sprache nahe stehen, ganz zweckgemäss und folgerichtig vor sich; seine Mimik ist lebhaft; er macht sich durch Geberden eben so leicht verständlich, als er sie bei Anderen versteht; er wird als einer der brauchbarsten Kranken zu den verschiedensten Geschäften verwandt und führt sie mit einem gewissen Geschick aus.

Er hat noch vor 18 Jahren ganz deutlich gesprochen, geschrieben und gelesen. Seitdem ist sein psychischer Zustand wesentlich stationär geblieben. In allen seinen Handlungen ist, wie bereits gesagt, keine wesentliche Zunahme der psychischen Schwäche zu erkennen. Nur die sprachlichen und schriftlichen Aeusserungen in

Worten erscheinen unverhältnissmässig vermindert. Es lässt sich aus ihnen erkennen, dass nur noch eine fast zu zählende Summe von Vorstellungen in Worten reproducirt wird. Sie beziehen sich auf Gegenstände (Taback u. dergl.), für die sein Interesse immer rege erhalten wird, über die er, um sie bei seinen häufigen Ausgängen in die Stadt zu fordern etc., von jeher zu sprechen genöthigt ward; oder sie sind augenscheinlich Reste des Inhaltes seiner langjährigen Wahnvorstellungen und namentlich Hallucinationen, die intensiv widrige waren, gegen die er schimpfte u. s. w. Dass mit diesen Vorstellungen innerhalb des Gehörssinnes Hallucinationen oder Illusionen desselben Sinnes restweise fortbestehen, lässt sich nur aus wenigen wiederkehrenden Aeusserungen direct oder aus Gesten, Haltung etc. indirect schliessen.

Da er von aussen nichts dazu hört und auch auf anderem Wege (Lesen und Schreiben) nicht zur Production von Wortbildern angeregt wird, ist auch von ihm zu sagen, dass wegen Beschränktheit der inneren Reize (Vorstellungen) und Fehlen der äusseren (objective Schalleindrücke) die Empfindungen und Bewegungsanschauungen im Gehörssinn und Sprachapparat zu Grunde gehen, er taubstumm wird.

Ueber Einspritzungen von Arzneimitteln in das Unterhautbindegewebe bei Geisteskranken.

Von

Dr. Reissner

in Hofheim.

Die Methode, Arzneimittel in das Unterhautbindegewebe einzuspritzen, hat schnell, wie kaum eine andere neue therapeutische Encheirese, eine allgemeine Verbreitung gewonnen. Sie verdient die ausgedehnte Anwendung, die von ihr gemacht wird, vollkommen wegen der Sicherheit, mit der die angewendeten Mittel zur Wirkung kommen; wegen der Möglichkeit, eine örtliche Wirkung mit der allgemeinen zu verbinden; wegen der Unabhängigkeit von Resorptionshindernissen, welche die Schleimhaut des Verdauungskanals normaler oder krankhafter Weise entgegensetzen kann, und von sonstigen in dem Zustande der ersten Wege begründeten Contraindicationen; wegen der geringeren Gefahr einer cumulativen Wirkung; wegen der Möglichkeit, Widerwillen und Widerstand der Kranken gegen das Einnehmen von Arzneien zu überwinden; und endlich aus finanziellen Gründen, da man meistens mit geringeren und seltener gereichten Gaben ausreicht.

Ich möchte diesen von *Eulenburg* aufgestellten Gründen noch hinzufügen, dass die Methode der hypoder-

matischen Injection deshalb von grossem Vortheil ist, weil sie nur verhältnissmässig kleine Mengen anzuwenden gestattet, und daher den Arzt zwingt, dem althergebrachten Gebrauche inconstanter und unzuverlässiger Droguen mehr und mehr zu entsagen und sich den wohlcharakterisirten Stoffen, Alkaloiden u. s. w. zuzuwenden, und weil sie mit dem ebenfalls althergebrachten Unfug der Adjuvantien und Corrigentien nicht behaftet ist.

Wir besitzen über die hypodermatischen Injectionen neben einer ausgedehnten Journalliteratur ein vorzügliches Specialwerk von *Eulenburg* *), das neben Benutzung aller sonstigen Veröffentlichungen einen reichen Schatz eigener Untersuchungen und Erfahrungen des Verfassers enthält, und zwei kleinere Werke von *Erlenmeyer* **) und *Lorent* ***). Obwohl die beiden letzteren Verfasser Irrenärzte von Fach sind, so betreffen ihre Abhandlungen doch mehr die allgemein ärztliche Anwendung der Einspritzungen, und der Benutzung bei Geisteskranken geschieht fast nur beiläufig Erwähnung.

Die subcutanen Injectionen sind indessen gerade in der irrenärztlichen Praxis von ausserordentlicher Wichtigkeit, und zwar vorzugsweise aus einem Grunde, der die übrigen Aerzte nur in zweiter Linie interessiren kann, nämlich wegen der häufigen Schwierigkeit oder Unmöglichkeit, dem Kranken auf anderem Wege beizukommnn. Es wird deshalb eine Besprechung der einschlägigen Verhältnisse nicht überflüssig sein.

Es giebt Kranke, die zum freiwilligen Verschlucken von Arzneimitteln überhaupt nicht zu bewegen sind.

---

*) *Albert Eulenburg*, Die hypodermatische Injection der Arzneimittel. Zweite Auflage. Berlin (Hirschwald), 1867. — Unentbehrlich.

**) *A. Erlenmeyer*, Die subcutanen Injectionen der Arzneimittel Dritte Auflage. Neuwied und Leipzig (J. H. Heuser), 1866.

***) *E. Lorent*, Die hypodermatischen Injectionen nach klinischen Erfahrungen. Leipzig (Veit und Comp.), 1865.

Das sind entweder Melancholiker, die aus Angst oder Stupor überhaupt zu keinen positiven Handlungen kommen, und deren negativer Affect oft so weit geht, dass sie selbst die allerersten Bedingungen des Stoffwechsels ausser Acht setzen, und sich auch täglich die nöthige Nahrung mit der Schlundsonde beibringen und Urin und Faeces mit Katheter und Clysopompe entnehmen lassen. Oder es handelt sich um Exaltations-, namentlich Wahnsinnsformen. Die Kranken widerstreben dem Einnehmen auf das Aeusserste, weil sie sich nicht für krank und den Arzt für einen unberechtigten Aufdringling halten.

Solche Kranke waren bisher einer medicamentösen Therapie nur bei einzelnen ganz dringenden Indicationen mit Hülfe der Schlundsonde zugänglich. Denn die Application von Klystieren ist bei ihnen häufig gefahrvoll oder ganz unthunlich, und zu einer regelmässigen Anwendung der Einreibungen von Arzneimitteln in die Haut oder von Einstreuungen in frisch excoriirte Hautstellen wird sich wohl noch Niemand verstanden haben. Die Anwendung der Schlundsonde ist aber — ausser ihren vielen Unannehmlichkeiten —, wenn es sich um sehr unruhige und widerspenstige Kranke handelt, keineswegs ohne Gefahr. Ich habe die Schlundsonde weit über hundert Mal eingeführt und traue mir nicht nur eine ausreichende Dexterität, sondern auch eine scrupulöse Vorsicht bei der Ausführung zu. Trotzdem erkrankte mir erst im letzten Jahre ein, während der Operation fortwährend schreiender und würgender, sehr kräftiger Mann wenige Stunden nach der Zwangsfütterung an einer beiderseitigen, übrigens in Genesung ausgehenden, Pneumonie, die sich am ungezwungensten aus einem Eindringen eines Minimums der beigebrachten dünnen Suppe in die Luftwege erklären liess. Es kann natürlich keinem Anstande unterliegen, unter geeigneten Umständen ein Abführmittel, oder, wenn tief in der Speise-

röhre sich ein fremder Körper eingekeilt hat, ein Brechmittel, oder bei Wechselfieber Chinin einzuflössen. Aber es wird sich kaum Jemand entschliessen, durch Wochen oder Monate ein oder mehrmals täglich mittelst der Schlundsonde ein, in seiner Wirkung doch immerhin zweifelhaftes Mittel einem Kranken beizubringen.

Es giebt indessen noch eine, viel zahlreichere Klasse von Geisteskranken, die das Einnehmen zwar nicht absolut verweigern, bei denen man aber auf eine regelmässige Therapie nicht rechnen kann, weil sie entweder aus Angst, oder aus Morosität, oder wegen Hallucinationen, oder wie manche Tobsüchtige aus Lust am Schabernack oder aus plötzlichem Stimmungswechsel, mehr oder weniger häufig die verordnete Dosis gar nicht oder was noch schlimmer ist, nur zum Theil nehmen. Man vergeudet mit Parlamentiren, mit Bitten und Drohen eine unverhältnissmässige Zeit, um schliesslich zu sehen, wie der Kranke einen, in seiner Grösse noch dazu unbekannten Theil der genommenen Arznei wieder ausspeit.

Allen diesen Uebelständen wird durch die subcutane Injection mit einem Schlage abgeholfen. Man ist dadurch im Stande, auch den widerstrebendsten Kranken einer regelmässigen und consequenten Therapie zu unterwerfen. Der geleistete Widerstand ist leicht zu überwinden, der ganze Act dauert nur sehr kurze Zeit und ist ungefährlich, und der Kranke erhält ganz genau die ihm verordnete Dosis. Es versteht sich von selbst, dass Geisteskranke, die bei dem Einnehmen keine Schwierigkeiten machen, der Methode gerade so gegenüberstehen, wie Geistesgesunde. Für die oben bezeichneten Kategorieen wird man aber ermitteln müssen, ob nicht auch Arzneien, die sonst Jedermann, und mit Recht, innerlich anwendet, z. B. Abführmittel, auf hypodermatischem Wege wirksam sein können.

Allerdings wird durch die häufige Anwendung von Injectionen die Selbstthätigkeit des ärztlichen Personals in sehr erhöhtem Maasse in Anspruch genommen. Für eine Anstalt mit ausreichenden Kräften schwindet diese Rücksicht aber ohnehin, und ein derartiges Selbstdispensiren ist entschieden besser, als der Schlendrian, sich wegen der Dosirung differenter Stoffe auf ein trotz besserem Anschein oft recht unzuverlässiges Wartepersonal zu verlassen.

Wenn auch der Widerstand des Kranken bei genügender Assistenz ohne Schwierigkeit zu überwinden ist, so geht es bei den Injectionen doch oft recht heiss her. Es ist daher erforderlich, die Operation des Einstechens und Einspritzens möglichst schnell und mit möglichst einfachen Instrumenten vorzunehmen. Alles zeitraubende Hantieren mit Schrauben während der Operation muss ausgeschlossen sein. Die ursprüngliche *Pravaz*'sche Spritze, deren Stempel durch Schraubendrehungen vorwärts bewegt, und deren Canüle nach dem Zurückziehen einer Troicartnadel ebenfalls durch eine Schraube mit dem Spritzenkörper verbunden wird, ist in Irrenanstalten total unbrauchbar. Auch die mit einem Kautschukballon als Motor versehenen Spritzen dürften sich wegen des bei Bewegungen des Kranken leicht möglichen, unliebsamen Vermischens von Luft und Flüssigkeit nicht empfehlen. Die *Lüer*'sche Spritze, die durch Vorschieben des Stempels die Flüssigkeit entleert, und in deren Canüle das Mundstück der Spritze einfach eingesteckt wird, entspricht allen Anforderungen.

In neuerer Zeit werden nach dem Vorgange von *Leiter* in Wien Spritzen verfertigt, die nur einen metallischen Theil, die durchbohrte Nadel, besitzen, während die Endstücke des Spritzenkörpers und der Stempel aus Hartkautschuk bestehen. Diese an und für sich ganz zweckmässigen Instrumente genügen für die irrenärztliche

Praxis nicht. Sie sind von geringerer Capacität, als die sonst üblichen, bei denen man wegen der oft unumgänglichen, hohen Dosirung von schwerlöslichen Narcoticis mit einer einmaligen Füllung auch nicht immer ausreicht, und machen für jede Füllung einen neuen Einstich nöthig, da die Canüle vor dem Einziehen der Flüssigkeit an die Spritze festgeschraubt werden muss. Der Mangel einer Art von Gelenk zwischen Canüle und Spritze ist für die Dauerhaftigkeit des Instruments bei häufiger Anwendung an unruhigen Kranken ohnehin nicht günstig. Bei der genügenden Compendiosität des *Lüer*'schen Apparates braucht die Rücksicht auf Raumersparniss gar nicht so weit getrieben zu werden, dass, wie bei *Leiter*, die zweite Canüle fortfällt. Sobald sich die einzige vorhandene Nadel unheilbar verstopft, was schliesslich nicht zu vermeiden ist, muss man das ganze Instrument längere Zeit entbehren. Es ist bequemer, zwei Canülen, als zwei Spritzen bei sich zu tragen.

An den von mir benutzten Spritzen hat die Stempelstange die Form eines halben Cylinders. Die ebene Fläche trägt eine Scala, auf der convexen bewegt sich mittelst eingeschnittener Schraubenwindungen zwischen der Spritze und dem äusseren Ende der Stempelstange eine Mutter, die es erlaubt, das Vordringen des Stempels an einem beliebigen Punkte zu hemmen. Obgleich die letztere Einrichtung von *Eulenburg* für überflüssig erklärt wird, möchte ich sie doch bei Geisteskranken nicht entbehren. Die bewegliche Schraubenmutter gestattet die einzuspritzende Menge vor der eigentlichen Operation festzustellen, und giebt damit dem Arzte die Möglichkeit, seine Aufmerksamkeit ungetheilt dem Benehmen des Kranken zuzuwenden. Es ist sehr störend, bei unruhigen Kranken und der nicht immer zu vermeidenden schlechten Beleuchtung auch noch eine Scala beobachten zu müssen.

Die Scala wird übrigens von den Instrumentenmachern in der Regel weder mit der nöthigen Sorgfalt, noch nach einem richtigen Principe construirt. In ersterer Beziehung wird man gut thun, sein Instrument auf der Wage einer sorgfältigen Prüfung zu unterziehen, und wird bei den Hauptheilstrichen meist Fehler bis zu einigen Procenten finden. Man muss sich dann durch Correction helfen. Die Eintheilung sollte entweder decimal oder, wenn man das nicht will, der Art sein, dass 24 Unterabtheilungen entstehen. Diese Zahl giebt mit 8 oder 12 dividirt noch ganze Quotienten.

Die Titrirung der erforderlichen Flüssigkeiten hat sich möglichst nach dem Kubikinhalte der Spritze zu richten. Es ist nicht nur bequem, sondern auch nützlich, weil es die Möglichkeit von Irrthümern in der Berechnung vermindert, wenn die Gewichtseinheit des anzuwendenden Stoffes mit dem nutzbaren Volumen der Spritze in einem bestimmten, einfachen Verhältnisse steht, wenn also die vollständig gefüllte Spritze z. B. $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, 1 Gran oder 10, 50, 100 Milligramm eines bestimmten Stoffes auszuleeren im Stande ist.

Meine Spritzen entleeren bis zum Aufsitzen des Stempels genau einen Kubikcentimeter. Es werden dadurch viele Unbequemlichkeiten sehr einfach gehoben, und namentlich wird die Anfertigung der richtigen Lösungen ausserordentlich vereinfacht. Es wäre sehr zu wünschen, dass die Mechaniker diese Maasseinheit allseitig adoptirten, damit man nicht für jede andere Spritze auch andere Flüssigkeiten darstellen müsste. Für manche Fälle wäre eine grössere Spritze mit 3 C. C. Capacität wünschenswerth. Ein solches Flüssigkeitsvolumen, das man natürlich womöglich vermeidet, lässt sich ohne Schaden auf einmal einspritzen. Ich habe mir in Ermangelung einer grösseren Spritze damit geholfen, dass ich das kleine Instrument mehrmals füllte und in die in der

Haut steckenbleibenden Canüle entleerte. Der Fehler, der durch das Verschütten eines Tropfens hierbei entstehen kann, ist bei den grösseren Flüssigkeitsmengen von keiner allzugrossen Wichtigkeit. Er lässt sich meistens vermeiden, wenn man die Canüle von oben nach unten einführt.

Ich fertige mir meine Lösungen — mit Präparaten von *Emanuel Merck* in Darmstadt — selbst an, und es wird Jeder, der die nöthige Fertigkeit und die Disposition über eine hinreichend feine Wage und gute Messgefässe hat, vermuthlich ebenso verfahren, weil man namentlich die letzteren bei dem Apotheker nicht voraussetzen kann. Denn die Anfertigung der Lösungen kann nicht so geschehen, dass ein bestimmtes Gewicht Substanz in einem bestimmten Gewichte Menstruum gelöst wird, sondern ein bestimmtes Gewicht Substanz muss zu einem bestimmten Gesammtvolumen in dem gleichgültigen Gewichte Menstruum gelöst werden, wie *Eulenburg* sehr gut hervorgehoben hat. Es finden also hier die gleichen Principien, wie bei der Maassanalyse Anwendung. Wenn auch der durch die Differenz der specifischen Gewichte von Lösungsmittel und Lösung bedingte Fehler bei verdünnten Flüssigkeiten nicht gross ist, so ist man doch nicht berechtigt, sich die Fehlerquellen muthwillig zu vermehren, und bei sehr concentrirten Lösungen, z. B. von chinasaurem Chinin, ist der Unterschied merklich genug.

Das erörterte Princip wäre übrigens in der Arzneiverordnungslehre auch sonst noch nützlicher Anwendung fähig. Alle Welt nimmt flüssige Arzneiformen nach Volumen ein, in neuerer Zeit sogar aus genau graduirten Porzellanlöffeln, der Arzt berechnet die Menge des wirksamen Stoffes in seinem Sechs-Unzen-Recept nach der Annahme, dass dieses zu zwölf Esslöffeln gerade

ausreiche, und verschreibt, wie er nach der Pharmakopöe muss, nach Gewicht, aber genau sechs Unzen; um das specifische Gewicht der Mixtur kümmert er sich nicht. Eine Anweisung an den Apotheker, schliesslich bis zum Volumen von sechs Unzen Wasser aufzufüllen, wäre gewiss rationeller, namentlich bei Verwendung von Syrupen und starken Salzlösungen.

Da alle feinen Gewichtssätze und alle gut graduirten Messgefässe nach dem metrischen Systeme geaicht sind, und bei der Reduction auf Grane jedesmal umfassende Berechnungen nöthig gewesen wären, so hatte ich die begründetste Veranlassung, dem Anachronismus des gleichnamigen und doch vieldeutigen Apothekergewichtes nicht weiter Rechnung zu tragen. Ich habe aber sehr häufig 3- oder 6procentige Lösungen benutzt, so dass ein C. C. beiläufig ½ oder 1 Gran Substanz enthielt (1 Gran Nürnberger Med.-Gewicht = 62,1 Mgr.).

Von einer Reihe von Verbindungen desselben Stoffes wird man *ceteris paribus* immer diejenige nehmen, welche sich in dem Lösungsmittel am leichtesten löst. Es ist sehr unangenehm, bei niederer Temperatur die Injectionsflüssigkeit mit Krystallen durchsetzt zu finden, deren Wiederauflösung durch Wärme nicht immer leicht gelingt. Ausserdem ist zu bedenken, dass eine öftere Wiederholung dieser Procedur unzweifelhaft eine Zunahme der Concentration herbeiführen muss. Die Lösungen müssen durch ein trockenes Filtrum in ein trockenes Glas filtrirt werden. Stoffe, die durch Körperflüssigkeiten leicht gelöst werden, könnte man, abgesehen von der Ungenauigkeit der Dosirung, wohl auch in sehr feiner Vertheilung aufgeschlemmt einspritzen. Diese Licenz gilt aber nicht z. B. für das von *Scarenzio* *) angewendete, ganz

*) *Eulenburg*. Seite 307.

unlösliche und jedenfalls nur allmälig in Chlorid sich umwandelnde Quecksilberchlorür.

Das Lösungsmittel soll möglichst indifferent sein und namentlich keine Allgemeinwirkung entfalten. Man nimmt also, wo es angeht, Wasser; Ausnahmen von dieser Regel sind indessen nicht zu vermeiden. Nicht zu starker Alkohol wird ganz gut vertragen. Zusatz von Säuren auch über den Neutralisationspunkt hinaus, um grössere Löslichkeit zu erzielen, ist ganz gewöhnlich, obgleich er durch die Auswahl der richtigen Präparate oft entbehrlich wird. Auch die schwach sauren Lösungen pflegen keine erheblichen Localerscheinungen zu bewirken. Kreosot und Chloroform sind als Lösungsmittel mit Recht wieder verlassen worden.

Eine zweckmässige Injectionsflüssigkeit soll keine unangenehmen Localerscheinungen veranlassen. Dazu gehört vor allen Dingen, dass sie keine unlöslichen Partikeln in sich suspendirt enthält, die nicht resorptionsfähig sind, und in der Regel auf dem Wege der Eiterung aus dem Körper wieder entfernt werden müssen. Sie muss deshalb bei der Bereitung filtrirt werden, und wenn sie bei längerer Aufbewahrung trüb werden sollte, muss man die Filtration wiederholen. Die oben erwähnte Schüttelmixtur von *Calomel* wird sich einer trüben Lösung ganz analog verhalten. Ebenso wird ein analoges Verhältniss entstehen, wenn die eingespritzte klare Lösung mit der Flüssigkeit, die das Unterhautbindegewebe durchtränkt, oder dem Blutserum einen un- oder schwerlöslichen Niederschlag giebt. Man scheint diesem Umstande noch wenig Aufmerksamkeit geschenkt und *bona fide* angenommen zu haben, dass alle Lösungen, mit Ausnahme derjenigen, welche sofort einen heftigen localen Reiz ausüben, unverändert und mit gleicher Geschwindigkeit resorbirt werden. Aus anderweitigen Untersuchungen ist übrigens bekannt, dass dies nicht der Fall ist; in

der unten besprochenen Arbeit von *Albers* finden sich z. B. über die Schwerlöslichkeit des Papaverins in der Blutflüssigkeit ganz richtige Angaben. Nach meinen Beobachtungen verhält sich die Möglichkeit einer schnellen Resorption für verschiedene Substanzen sehr verschieden, und es scheint, als wenn die Erscheinungen von örtlicher Reizung mit der Grösse der Resorptionsgeschwindigkeit häufig in umgekehrtem Verhältnisse ständen. Das Crotonöl z. B., das in Substanz in die Haut eingerieben ein heftiges Exanthem verursacht, bleibt in dieser Richtung ganz wirkungslos, wenn es, mit Aetznatron verseift und dadurch mit dem Blutserum mischbar, in das Unterhautgewebe eingespritzt wird.

Als Repräsentanten der dieses Gewebe durchtränkenden Flüssigkeiten wählte ich, in Ermangelung eines besseren, Serum, wie es bei dem Gerinnen von Ochsenblut durch die freiwillige Zusammenziehung des Blutkuchens ausgepresst wird, und vermischte es theils unverdünnt, theils mit dem etwa fünffachen Volumen Wasser verdünnt — in letzterem Falle nach dem Abfiltriren des ausgeschiedenen Serumcaseins —, mit den Lösungen der Arzneimittel

Die Lösungen von schwefelsaurem Atropin, schwefelsaurem Morphin, salzsaurem Codein und von Narcein in Aetznatron gaben mit diesen Flüssigkeiten gar keine Trübung. Salzsaures Narcein gab nur bei ganz vorsichtigem Zusatze von Serum eine leichte Trübung, die im geringsten Ueberschusse sich wieder löste. Salzsaures Thebain vermischte sich mit reinem Serum ganz klar, mit verdünntem entstand eine im Ueberschusse schnell wieder verschwindende Trübung. Schwefelsaures Narkotin und salzsaures Papaverin trübten sich mit den serösen Flüssigkeiten sehr stark, die Trübungen waren nur in einem sehr grossen Ueberschusse der letzteren löslich, und aus der wieder klar gewordenen Flüssig-

keit setzte sich bald wieder ein feinflockiger Niederschlag ab.

Die spirituöse Lösung von *Extr. Cannabis indicae* verursachte in reinem und verdünntem Serum Trübungen, die selbst bei einem Gehalte an Tinctur von weniger als $\frac{1}{800}$ noch sehr deutlich waren. Aehnlich verhielt sich eine spirituöse Lösung von Elaterin; die trübe Flüssigkeit setzte nach einiger Zeit an der Wand des Glases deutliche Krystalle ab. Schwach weingeistige Lösungen von Crotonseife und von Koloquinten-Extract trübten das Serum sehr unbedeutend, aber bleibend.

Diese Versuche, zu denen ich erst im Laufe meiner Untersuchungen durch die auffallende Unwirksamkeit mancher Einspritzungen hingeleitet wurde, reichen zur Erklärung der Unwirksamkeit genügend aus; sie erklären ebenso die unangenehmen Localerscheinungen bei der Einspritzung von *Tinct. Cann. ind.* und Elaterin durch den Nachweis, dass bei diesen Injectionen ein als fremder Körper wirkender unlöslicher Niederschlag ausgeschieden wird. Die örtlichen Erscheinungen selbst waren bei den beiden Stoffen, wie sich weiter unten ergeben wird, sehr verschieden. Es zeigen übrigens auch diejenigen Medicamente, die nur eine geringe örtliche Reizung zur Folge haben, in dieser Richtung eine gewisse specifische Verschiedenheit. Ein schmerzhaftes Knötchen am Orte der Injection ist z. B. nach Atropin- und Narcein-Anwendung viel häufiger und langdauernder, als nach Morphin-Gebrauch, und das überraschend regelmässige Auftreten eines thalergrossen, confluirenden Complexes von Quaddeln nach Einspritzungen von salzsaurem Thebain ist gewiss kein blosser Zufall.

Ueble Localerscheinungen können ferner durch die Natur des Lösungsmittels bedingt sein. Auf stark saure Lösungen von schwefelsaurem Chinin habe ich vor Jahren mehrfach heftige Phlegmonen eintreten sehen. Die

Einwirkung einer Narcein-Lösung mit einem Gehalte von 6 pro mille Aetznatronhydrat wird weiter unten besprochen werden.

Unzweifelhaft kann aber auch der mechanische Reiz der Operation selbst zu einer Entzündung führen, und man muss bei Geisteskranken, die stark widerstreben, auf eine genügende Fixirung der Stelle, an der operirt werden soll, alle Sorgfalt verwenden, um nicht beabsichtigte Bewegungen der stechenden und schneidenden Canüle zu vermeiden. Die Canüle muss äusserlich stets im Zustande tadelloser Glätte sich befinden; ich bin fest überzeugt, dass ich nur deshalb früher mehr Localprocesse nach den Einspritzungen habe folgen sehen, als später, weil die damals benutzten Canülen sich nach und nach mit einer dünnen Schicht schwarzen Eisenrostes überzogen hatten. Auch die schwer zu vermeidende, theilweise Verstopfung der Nadel durch Rost im Innern ist der unschädlichen Ausführung der Operation nicht günstig, weil sie zu einem unberechenbar starken Drucke auf den Stempel nöthigt. Die den Spritzen in der Regel beigegebenen dünnen Silberdrähte sind gewöhnlich zu dünn und zu biegsam; man ersetzt sie zweckmässig durch Schweinsborsten, die nach jedesmaligem Gebrauche der Spritze in die Canüle eingeführt werden, um das Lumen offen zu halten. Man wird gut thun, namentlich nach längerer Ruhe des Instrumentes die Durchgängigkeit der Canüle vor dem Gebrauche zu prüfen; der Besitz einer tadellosen Reserve-Canüle ist unumgänglich nothwendig.

Als gröbere locale Processe treten theils, selten, acute Phlegmonen, bei Elaterin-Einspritzung mit Abstossung einer brandig gewordenen Hautpartie, theils torpide Abscesse auf, die mehrmals erst nach etwa sechs Wochen geöffnet werden konnten, und bei der langsamen Entwickelung von Granulationen von der Fascie

aus ziemlich lange Zeit zur Vernarbung bedurften. Einmal wurde in Folge eines solchen Abscesses im Vorderarme ein Erysipelas beobachtet, welches bei gründlicher Behandlung mit Silbersalpeter bald beseitigt wurde. Der Zutritt dieses letzteren Processes lässt sich natürlich, namentlich zu Zeiten, in denen Rosen häufiger auftreten, auch bei dem sonst gutartigsten Verlaufe der Einspritzung nicht verhüten.

Die Stoffe, die sich zur subcutanen Injection, wie überhaupt, so auch bei Geisteskranken eignen, können natürlich sehr zahlreich sein, je nach den Indicationen, die man sich stellt. Von vielen in grösseren Mengen toxisch wirkenden Alkaloiden sind die Wirkungen kleinerer Quantitäten nur sehr ungenügend bekannt, von vielen anderen Alkaloiden und ähnlichen Stoffen kennt man die Wirkung überhaupt noch nicht. Die hypodermatische Injection ist ein sehr bequemer Weg zur Arzneiprüfung. So kommt es, dass bisher manche Stoffe eingespritzt wurden, die diese Ehre nur ihrem mehr oder weniger barbarischen Namen mit der Endung -in verdanken. Andere Arzneimittel, z. B. Eisenpräparate, die bei innerlicher Darreichung den Darmkanal grossentheils als Schwefeleisen wieder verlassen, oder Diuretica, die häufig eine unerwünschte Nebenwirkung auf die Intestinalschleimhaut hervorrufen, sind dagegen in auffallender Weise vernachlässigt worden. Es wird hier vor allen Dingen darauf ankommen, die richtigen Arzneiformen zu finden.

Morphin ist im Allgemeinen am Meisten und Besten studirt worden; die Anwendung der Opiumstoffe liegt auch bei Geistesgestörten am Nächsten, weil man hier zur Benutzung der sedativen Methode fortwährend genöthigt wird. Atropin hat *Erlenmeyer* gegen periodische Tobsucht und gegen Epilepsie mehrfach angewendet. Hier ist die Indication schon schwieriger zu stellen.

Eine eigentlich sedative Wirkung kommt dem Atropin nicht zu; von den hervorragendsten Symptomen aber, die es hervorruft, Pulsbeschleunigung, Herzklopfen, Hitze im Gesicht, Trockenheit im Halse, Mydriasis, Hallucinationen und Delirien, ist eine directe therapeutische Anwendung nicht zu machen. Dasselbe gilt für das von *Benedikt**) gegen Epilepsie angewendete Curare, dessen Hauptwirkung in einer exquisiten Lähmung der peripherischen Bewegungsnerven besteht, während die Quelle der epileptischen Convulsionen unstreitig in den Centralorganen, wenn auch auf Grund von peripherischen Empfindungen, zu suchen ist.

Ich behandle seit längerer Zeit die sämmtlichen Epileptiker des hiesigen Hospitals — fast durchgängig Fälle von langjähriger Dauer — theils mit Atropin, theils mit Curare (ein unzweifelhaftes Curarin war mir noch nicht zugänglich); über ein Resultat lässt sich erst berichten, wenn die Beobachtungen so ausgedehnt sind, dass wenigstens grobe Fehler bei den statistischen Nachweisen, um die es sich allein handeln wird, ausgeschlossen werden.

Die Blausäure ist von *M'Leod***) gegen Psychosen mit angeblich gutem Erfolge hypodermatisch angewendet worden; ich habe keine eigenen Erfahrungen darüber.

Ueber den Ort der Einspritzung ist man bei Geisteskranken nicht so vollständig Herr, als bei anderen. Seit *Eulenburg* experimentell nachgewiesen hat, dass Morphin und andere Narcotica eine locale Wirkung auf sensible Nerven haben und den Tastsinn am Orte der Einspritzung zu einer Zeit beeinträchtigen, wo von einer Allgemeinwirkung und namentlich von einer Sensibili-

*) Wiener allg. med. Ztg. 1865. Nr. 4.

**) *Eulenburg*. S. 285.

tätsstörung an der symmetrischen Stelle der anderen Körperhälfte noch keine Rede ist, kann die umsichtige Auswahl der Injectionsstelle, bei Neuralgieen zum Beispiel, nicht mehr allein durch eine gewisse Vorliebe bedingt werden. Nur darf man die Localisation nicht zu weit treiben, und es liegt gewiss kein anatomischer Grund vor, bei Lungentuberculose ein Sedativum gerade unter die Thoraxhaut einzuspritzen, wie es manche zu lieben scheinen. In dieser Art giebt es natürlich, wo nur eine Allgemeinwirkung beabsichtigt wird, keine localen Rücksichten.

Eulenburg stellt indessen nach seinen Beobachtungen — mit der nöthigen Reserve — den Satz auf, dass die Allgemeinwirkung *ceteris paribus* je nach der für die Einspritzung gewählten Localität eine wesentlich verschiedene Dauer und Intensität darbiete, ja ganz ausbleiben könne, und dass der Grund dieser Erscheinung nur in einer verschiedenen Energie und Geschwindigkeit der Resorption an verschiedenen Stellen des subcutanen Gewebes gesucht werden könne. Entsprechend diesen localen Differenzen würde die Anhäufung des Mittels im Blute je nachdem, früher oder später, oder selbst nie, den zu einer bestimmten Wirkungsäusserung nothwendigen Grad erreichen. Eine Scala liesse sich etwa folgendermaassen aufstellen. Die günstigsten Chancen böten Wangen- und Schläfengegend; dann *Regio epigastrica*, vordere Thoraxgegend, *Fossa supra-* und *infraclavicularis*; Nacken; die innere Seite des Oberarms und des Oberschenkels; äussere Seite des Oberschenkels, Vorderarm, Unterschenkel und Fuss; endlich mit der schwächsten Wirkung der Rücken mit Kreuz- und Lumbargegend.

Bei den meisten Geisteskranken ist man nicht so glücklich, hiernach seine Maassregeln treffen zu können, und namentlich wird die Benutzung der Gesichtshaut auch von sonst durchaus zugänglichen Personen sehr

häufig auf Grund kosmetischer Befürchtungen verweigert. Eine zwangsweise Anwendung in dieser Gegend könnte gelegentlich einmal recht unangenehm ablaufen. In sehr vielen Fällen muss man sich mit der Injection in die Dorsalseite des Vorderarms oder allenfalls in die Wade begnügen, weil sich der unruhige Kranke dazu sehr gut fixiren lässt, und weil bei der Wahl einer anderen Stelle schon die nöthige Entfernung von Kleidungsstücken eine endlose Balgerei des Kranken mit dem Wartpersonale hervorrufen würde.

I. Die Opium-Alkaloide als Hypnotika.

Man wusste schon längst, dass das Morphin, dessen man sich wegen seiner immer gleichbleibenden Zusammensetzung und seiner wenig voluminösen Dosen mit Vorliebe bediente, mit dem Opium keineswegs identisch sei. Man war auch im Stande, die Verschiedenheit der Wirkung einigermaassen zu specificiren. Man hatte ferner das in Frankreich officinelle Codein studirt, und es finden sich bei *Guibert-Hagen**) eine ganze Reihe, untereinander sich ziemlich widersprechender, Untersuchungen darüber aufgeführt. Einen erheblichen Eingang in die Praxis fand indessen das Codein trotz der Bemühungen der französischen Pharmacie nicht, und für die übrigen Alkaloide des Opiums fehlte es vollständig an therapeutischen Indicationen.

In der neuesten Zeit sind mehrere Arbeiten über die physiologische Wirkung der Opiumbestandtheile erschienen, die zum Theil ganz neue Gesichtspunkte eröffnen.

*Albers***) operirte an Fröschen, ausser mit verschie-

---

*) *Richard Hagen*, Die seit 1830 in die Therapie eingeführten Arzneistoffe. 1863. S. 581.

**) *J. F. H. Albers*, Das Opium und Affium, seine Basen und

denen Opiumsorten, mit verhältnissmässig ausserordentlich grossen Dosen von Morphin, Codein, Thebain, Porphyroxin, Papaverin, Narcein, Narkotin, Mekonin und Mekonsäure. Die angewendeten Versuchsthiere gingen fast alle zu Grunde. Er fand, dass fünf der obigen Stoffe, nämlich die vier erstgenannten und Narcein neben erhöhter Empfindlichkeit heftige Krämpfe, sogar Starrkrämpfe erregen, die drei letztgenannten aber nur in geringerem Maasse Krampf und erhöhte Empfindlichkeit bewirken, dagegen bald eintretende Empfindungslosigkeit herbeiführen. Das Porphyroxin und Papaverin zeichnen sich aus durch die ungemeine Steigerung der Empfindlichkeit, die selbst gegen den Krampf noch hervorsteht.

Die heftigsten und am längsten dauernden Krämpfe bewirkt das Thebain, welches die Empfindlichkeit nicht so stark erhöht und deshalb die Thätigkeit nicht so bald erschöpft, wie Morphin und Codein. Thebain-Frösche lagen noch in Krämpfen, wenn die mit den beiden anderen Mitteln vergifteten längst todt waren.

Das Narkotin bildet in seiner Wirkung gewissermaassen ein umgekehrtes Thebain. Nach einer kurze Zeit bestehenden, geringeren Erhöhung der Empfindlichkeit und einigem Zucken verursacht es rasch Empfindungslosigkeit und Lähmung. Ganz ähnlich wirkt die Mekonsäure, von deren Vergiftung sich die Frösche noch am ersten unter allen Opiumbestandtheilen erholen.

Die Krämpfe sind theils peripherische Muskelkrämpfe, theils durch Reflexaction, theils durch directe Einwirkung der Gifte auf die Centralorgane herbeigeführte.

---

die Meconsäure nach ihrer physiologischen Wirkung. *Virchow's* Archiv. XXVI. S. 225 ff.

Die Erregbarkeit der Nerven wird durch das Opium und seine Basen sehr rasch erschöpft.

Das Morphin ist in seiner Wirkung mit dem Opium keineswegs identisch, letzteres wirkt schneller und ergreift mehr das *Sensorium commune*; das Opium wirkt besser bei Gehirnkrankheiten, das Morphin besser bei neuralgischen Zuständen. „Die hervorragende gesteigerte Empfindlichkeit, die allgemeinen Krämpfe in langer Dauer zeigen, dass das Morphium auf die peripherischen Theile eine vorwiegende, umstimmende Thätigkeit besitzt; freilich erscheint dieselbe mehr aufregend und erhöhend für die letztere als beim Opium, dem bald in seiner Wirkung eine gewisse Abgestumpftheit folgt." Die Verschiedenheit in der Wirkung wird aus der Gegenwart des Narkotins und der Mekonsäure im Opium erklärt, und die Verschiedenheit in der Schnelligkeit der Wirkung vorzugsweise aus verschiedener Resorptionsgeschwindigkeit.

Das Codein ist ebenso wirksam, als das Morphin, das Thebain kommt ihm nahe; die übrigen Bestandtheile wirken zwar anders, haben aber doch eine sehr bestimmte narkotische Wirksamkeit. Es kann sogar die Wirkung des Narkotins und der Mekonsäure durch das Morphin nicht ersetzt werden. Aus den angestellten Versuchen, wie aus der reinen Krankenbeobachtung ergiebt sich, dass das Opium nicht minder, als „die einzelnen seiner Bestandtheile" zuerst eine Reizung, eine Anregung der Bewegungsthätigkeit bis zum Krampf, und darauf folgend eine Abnahme der Bewegungsthätigkeit bis zur Lähmung, Betäubung, Beruhigung, Abstumpfung des Gemeingefühls und der Muskelreizbarkeit bewirken. Beständig währt die Abstumpfung länger als die Aufregung, die bei reinem Opium nur ½ bis 1 Stunde dauert. Die Aufregung erfolgt sichtlich, wenn man grosse Gaben giebt, die Abstumpfung und Beruhigung, soweit sie

krankhaften Ursprungs ist, ist deutlich auch dann wahrnehmbar, wenn man nur kleine Gaben reicht.

Die Herzthätigkeit wird vom Opium, selbst bei vollständiger Muskellähmung und gänzlich erloschener Reizbarkeit der Nerven an der Peripherie, wenig oder gar nicht afficirt. Die Milderung oder vorübergehende Beseitigung der Präcordialangst bei Geisteskranken scheint daher einer Opiumwirkung auf das Gehirn zu verdanken zu sein.

Die weiteren Auseinandersetzungen des Verfassers übergehe ich und bemerke nur, dass vom chemischen wie physiologischen Standpunkte aus manche Ausstellungen gegen den Inhalt der Arbeit gemacht werden können.

Ungleich bedeutender, nicht allein in Bezug auf die Schreibweise, ist ein kleiner Aufsatz von *Claude Bernard**). In seiner bekannten, fesselnden und eleganten Darstellungsart verbreitet sich der geistreiche Experimentator des Collège de France über die schlafmachenden und giftigen Eigenschaften der sechs wirksamsten Stoffe des Opiums: Morphin, Narcein, Codein, Narkotin, Papaverin, Thebain.

Er erkennt nur den drei ersteren die Eigenschaft zu, Thiere schlafen zu machen. Der Morphinschlaf ist ausserordentlich tief und fest, man kann die Thiere in jede beliebige Stellung bringen, ohne dass sie Widerstand leisten; die Empfindlichkeit gegen schmerzhafte Berührung ist stark herabgesetzt, ohne aufgehört zu haben; dagegen besteht namentlich gegen das Ende des Schlafs eine gesteigerte Empfindlichkeit gegen plötzliche Geräusche, die indessen bei Wiederholung dieses Experimentes abnimmt. Charakteristisch für den Morphinschlaf und unabhängig von der Dosis, die auf

---

*) Comptes rendus de l'Acad. des Sciences. LIX. No. 9. 406. 1864.

die Dauer und Intensität des Schlafes Einfluss hat, ist die Art des Erwachens. Die Thiere blicken wild und scheu um sich, kennen die Stimme ihres Herrn nicht, ergreifen auf Anrufen gern die Flucht und verkriechen sich, und sind am Hintertheil halb gelähmt, so dass sie ein hyänenartiges Ansehen haben. Dieser geistig gestörte Zustand dauert unter Umständen zwölf Stunden.

Der Codeinschlaf ist niemals so tief, wie der durch Morphin bedingte, es ist mehr Ruhe als Schlaf eingetreten; die Herabsetzung der Sensibilität ist bei weitem nicht so ausgesprochen, die Erregbarkeit gegen plötzliche Geräusche ist noch grösser, als beim Morphin. Das Erwachen aus dem Codeinschlaf ist von allen intellectuellen Störungen frei, es findet keine Parese des Hintertheils statt.

Bei dem Narceinschlaf findet die Erregbarkeit gegen Geräusche nicht statt, der Schlaf zeichnet sich durch grosse Ruhe aus und ist viel tiefer, als der Codeinschlaf, ohne doch mit so bleierner Schwere auf dem Individuum zu liegen, wie der Morphinschlaf. Eine erhebliche Herabminderung der Sensibilität findet nicht statt, bei lebhaften und schnell erfolgenden Schmerzäusserungen leisten aber die operirten Hunde z. B., denen vorher Narcein eingespritzt wird, weder Widerstand, noch versuchen sie zu beissen oder zu entfliehen.

Die schlafmachende Wirkung erfolgt bei jungen Thieren viel besser als bei älteren. Es findet eine baldige Gewöhnung statt, die oft lange Zeit dauert.

Die giftige Wirkung der Opiumbestandtheile steht in gar keinem Verhältnisse zur schlafmachenden. Am giftigsten ist Thebain, dann folgen Codein, Papaverin, Narcein, Morphin, zuletzt Narkotin. Das wässrige Extract des Opiums ist giftiger als das Morphin. Der Vergiftungstod erfolgt unter heftigen tetanischen Krämpfen, denen namentlich nach Thebain Stillstand des Herzens

und schnelle Todtenstarre folgt. In Bezug auf die krampfmachende Wirkung kommt nach dem Thebain das Papaverin, dann Narkotin, Codein, Morphin. Narcein regt weder auf, noch macht es Krämpfe. Die Thiere sterben bei giftiger Dosis in Erschlaffung.

Die Versuche wurden an sehr verschiedenen Thieren, vorzugsweise an Hunden, und die Vergiftungsversuche an jungen Vögeln — *moineaux* — gemacht.

Welchen Gewinn kann nun die praktische Therapie aus diesen Untersuchungen ziehen?

Zu einem ganz eigenthümlichen Resultate kommt *Albers*. Er betont die Verschiedenheit der Wirkung der einzelnen Bestandtheile; bespricht die verschiedene procentische Zusammensetzung der einzelnen ächten und verfälschten Opiumsorten, und die wechselnde Wirkung der officinellen Präparate, mit Ausnahme der Basen und ihrer Salze, je nach der Zusammensetzung der Drogue; überlässt aber der Zukunft die Darstellung von Präparaten, die die einzelnen Basen und die Säure in bestimmten Mengen enthalten und so Mittel sind, von denen man eine bestimmte chemische und organische Wirkung zu erwarten berechtigt ist. Einstweilen empfiehlt er allen Ernstes, um zu wissen, ob man ein sicher wirkendes und genügend kräftiges Opiumpräparat hat, das jedesmalige Mittel an einem Frosche zu versuchen, da sich die Wirkung jedes einzelnen Bestandtheils in den von *Albers* ermittelten Reactionen zeigen würde, und die Stärke und die Heftigkeit der verschiedenen Reactionen einen Maassstab zur Beurtheilung des Gehaltes an Basen und Säuren abgebe. Das Opium gewähre in seiner Anwendung auf Frösche und der darauf stets folgenden Reaction ein vorzügliches Testmittel seiner Wirksamkeit.

So einfach liegt die Sache indessen doch nicht; und wenn *Albers* auch den Einwand, dass Opium u. s. w.

auf Frösche vielleicht anders wirke, als auf Warmblüter, kühl abweist, so muss dieser Einwand doch bei dem Widerspruch, in welchem die *Albers*'schen und die *Bernard*'schen Resultate vielfach stehen, aufrecht erhalten werden, bis nachgewiesen worden ist, dass sich einer der beiden Beobachter geirrt hat. Unsere Apotheken-Visitatoren würden sich auch mit der sonderbaren Bereicherung ihres Reise-Armamentariums schwerlich befreunden.

Durchaus anders fasst *Bernard* die Sache auf. Er macht auf die Wichtigkeit möglichst specialisirter Untersuchungen aufmerksam, die er für die Grundlage der wissenschaftlichen Therapeutik erklärt. Man habe nicht nöthig, die Schwierigkeiten, welche die Therapie schon an und für sich biete, noch zu vermehren durch die fernere Anwendung sehr zusammengesetzter Heilmittel, wie das Opium eins sei, dessen Wirkung nur als die keineswegs constante Resultirende verschiedener Componenten betrachtet werden könne. Man solle die zusammengesetzte Wirkung analysiren und bestimmen, was jeder einzelnen Ursache zukomme; dann könne man die einzelnen Bestandtheile einzeln oder je nach Bedürfniss combinirt anwenden.

Ein Mann von der wissenschaftlichen Stellung *Cl. Bernard*'s kann solche ketzerischen Grundsätze aussprechen, ohne sich der Gefahr auszusetzen, dem Scheiterhaufen zu verfallen. Obwohl ich seine Ansichten vollständig theile und auch glaube, dass in nicht allzuferner Zeit die Uebereinstimmung damit eine allgemeine sein wird, so weiss ich doch sehr wohl, dass dies nicht von heute auf morgen geschehen kann, und dass noch ein zäher Widerstand zu überwinden sein wird. Abgesehen von der Schaar der Routiniers, denen das Opium das bequemste Universalmittel ist, und die eine zeitraubende Sonderung der Indicationen überhaupt nicht wünschen,

werden auch wissenschaftlich fortschreitende Praktiker sich zu einem Perhorresciren des Opiumgebrauchs vorläufig nur selten entschliessen; viele, weil sie den Alkaloiden überhaupt nicht trauen — sie haben an ihren schlechten Erfahrungen über Morphin genug —; manche, weil sie sich nicht entschliessen können, ein „Kunst"-Product einem „natürlichen" Mittel vorzuziehen, — sie berufen sich auf den angeblichen Unterschied zwischen natürlichen und künstlichen Mineralwässern —; fast alle aber, weil sie trotz aller Anerkenntniss der theoretischen Schattenseiten des Mittels es doch in der Praxis nicht entbehren zu können glauben, da sie kein Ersatzmittel dafür und zur selbständigen Ausführung specialisirender Untersuchungen keine Zeit haben.

Die Aerzte an grösseren Anstalten, die in der glücklichen Lage sind, therapeutische Versuche unter günstigen äusseren Bedingungen anzustellen, haben damit auch die Verpflichtung, ihr Beobachtungsmaterial im Sinne wissenschaftlicher Therapie zu verwerthen.

Die *Bernard*'schen Ansichten haben sofort einen in wissenschaftliches Gewand gekleideten Angriff erfahren. In der auf die *Bernard*'sche Mittheilung folgenden Sitzung der Akademie hat *Ozanam**) erklären lassen, dass das Studium der Wirkung der Opiumbasen seit längerer Zeit seine Lieblingsbeschäftigung sei; dass das Opium beruhigende Substanzen: Morphin, Opianin, Narcein, aufregende: Narkotin und Thebain, und gemischt wirkende: Codein enthalte; dass jeder Opiumbestandtheil ausser einer mehr oder weniger ausgesprochenen Allgemeinwirkung eine Art Vorliebe für diesen oder jenen Theil des Centralnervensystems zu haben scheine: Morphin, Opianin, Narkotin auf die Hemisphären, Codein auf das kleine Hirn und das verlängerte Mark, Thebain auf den

*) Cpt. rend. 1864. LIX. No. 10.

Cervicodorsaltheil und Narcein auf den Lendentheil des Rückenmarks. Das Opium sei ein kostbares, unvergleichliches und durch kein Surrogat zu ersetzendes Heilmittel; es durchdringe das ganze Nervensystem, und jeder seiner Bestandtheile, welcher allein angewendet zu deprimirend oder excitirend wirken könnte, finde sein natürliches Correctiv in der Verbindung mit den anderen.

Abgesehen von der hier vorgetragenen Lehre von der anatomischen Localisation, die nur in ihrer Gesammtheit neu, aber doch zu doctrinär ist, um ohne Weiteres geglaubt zu werden, beruht die Anschauung von den natürlichen Correctiven auf keinen gesunden Principien. Wenn man die Kategorieen des Deprimirenden und Excitirenden beibehalten will, so ist es doch sicher, dass ein Mittel in derselben Zeit nur nach der einen Richtung wirken kann; die Resultirende aller Einzelwirkungen muss, in einem und demselben Zeitraum, nach der einen Seite liegen. So wenig aber ein Chemiker eine für einen bestimmten Zweck zu starke Säure durch einen Zusatz von Alkali abschwächen wird, ebensowenig bedarf es wegen einer gefürchteten zu stark deprimirenden Wirkung eines Mittels von vornherein eines Zusatzes von Excitantien. In dem einen Falle hilft die Verdünnung mit Wasser, im anderen die Herabminderung der Dosis. Mit der Theorie der natürlichen Corrective könnte man ebensogut den alten Theriak mit seinen 128 Bestandtheilen protegiren. Wer das Opium als Sedativum giebt, dem ist eine vor der Beruhigung auftretende Aufregung eine sehr unerwünschte Erscheinung, die ihn nach einem nur beruhigend wirkenden Surrogat des unersetzlichen Heilmittels dringend verlangen lässt*).

*) Ich konnte die Literatur natürlich nur so weit benutzen, als sie mir zugänglich war. Das Maass dieser Zugänglichkeit ist in einer



Die *Ozanam*'sche Theorie liesse sich hören, wenn das Opium ein constantes Präparat wäre. Man muss aber auf seine Unbeständigkeit immer wieder zurückkommen. Das Opium hat mit dem Wein auch das gemein, dass es nach Klima und Jahrgängen ausserordentlich wechselt. Niemand wird Syracuser und schlesischen Landwein, oder 1865r und 1855r für identisch halten, oder ihre Güte nur nach dem Alkoholgehalt vergleichen. Die Bestimmung der preussischen Pharmakopoe, dass nur ein Opium mit wenigstens 10 pCt. Morphingehalt verwendet werden dürfe, ist ganz unzureichend, da sie auf die anderen Bestandtheile keine Rücksicht nimmt. Zudem gilt die Pharm. Boruss. nicht überall, und für solche Vorschriften wahrscheinlich auch im eigenen Lande nur selten. Das Morphin, das Narkotin, die Mekonsäure u. s. w. sind aber überall dieselben. Die Bestimmung der Ph. Bor. wird ganz illusorisch, wenn die orientalischen Opiumfabrikanten mit zunehmender Civilisation auch Fortschritte im Verfälschen machen. Die bekannten Opiumanalysen sind noch sehr mangelhaft und keineswegs auf alle gekannten Bestandtheile ausgedehnt. Soviel geht aber aus ihnen hervor, dass auch ausser dem Morphingehalt sehr bedeutende Schwankungen vorkommen. Wenn in meinen Untersuchungen eine Anzahl von Bestandtheilen in Bezug auf gewisse Functionen nicht wirksam waren, so bin ich doch kei-

---

isolirt auf dem Lande, fern ab von den grossen Verkehrswegen und tagereisenweit von den Centren des wissenschaftlichen Strebens gelegenen Anstalt und bei einem Dienste, der seinen Träger mehr als jeder andere an das Haus fesselt, ein sehr geringes, und für erfolgreiches Arbeiten ist es sehr störend, nur auf Jahresberichte und dergl. angewiesen zu sein. Ich habe einer Publication von *Ozanam* in dem Bulletin de Thérapeutique, Oct. 1864, trotz aller Mühe nicht habhaft werden können und weiss nicht, ob sie mehr enthält, als die kurze Note in den Cpt. rend.

neswegs geneigt, sie in den angewendeten Mengen überhaupt für wirkungslos zu halten. Ein Einfluss auf andere Functionen ist vielmehr bei der eminent toxischen Wirksamkeit ausserordentlich wahrscheinlich. Eine Proportionalität in dem Gehalte an einzelnen Bestandtheilen ist nirgends zu erkennen, und ein narkotisch wirkendes Alkaloid, das Opianin, kommt in den meisten Sorten gar nicht vor.

Unter diesen Umständen habe ich eine hypodermatische Anwendung des Opiums selbst ganz unterlassen. Technische Snhwierigkeiten würden sich ihr nicht in den Weg stellen, eine wässrige Lösung des Extractes würde sich ohne Bedenken verwenden lassen und ist schon verwendet worden. Ich habe die sechs Alkaloide Morphin, Codein, Narcein, Thebain, Narkotin und Papaverin versucht und zwar hauptsächlich in Bezug auf ihre calmirende und hypnotische Wirkung bei Geisteskranken. Die zwei Kategorieen lassen sich, obwohl etwas mehr als nur quantitativ verschieden, nicht gut trennen. Zu einer Prüfung auch der drei letztgenannten Alkaloide, denen *Bernard* die schlafmachende Wirkung ganz abspricht, hielt ich mich für verpflichtet, weil ich nicht annehmen kann, dass man die bei einzelnen Thiergattungen gewonnenen Resultate ohne weitere Prüfung auch für andere Gattungen und den Menschen als gültig hinstellen dürfe. Das Atropin z. B. verlangsamt den Puls der Frösche, während seine Beschleunigung der Pulsfrequenz bei Menschen das constanteste Symptom ist. Ausserdem hat *Eulenburg* nach dem Gebrauche von Thebain und Narkotin eine — allerdings nicht zweifellose — Beruhigung eintreten sehen.

Es ist sehr möglich, dass man mit einer Combination mehrerer Opiumbestandtheile öfter weiter reichen wird, als mit einem einzelnen Mittel. Um aber solche Versuche mit Aussicht auf Erfolg anstellen zu können,

muss man erst eine genaue Dynamik der einzelnen Stoffe vor sich haben, an der es noch durchaus fehlt. Als einzelne Bausteine zu diesem weitläufigen Gebäude bitte ich meine Untersuchungen zu betrachten, die, obwohl sie, um die Resultate nicht zu verwirren, nur einen kleinen Bezirk der Opiumwirkung betreffen, umständlich genug waren, ohne dabei nur entfernt auf die Präcision Anspruch machen zu können, die man bei Versuchen an Thieren zu erreichen im Stande ist.

Mag man der Ansicht sein, dass das Opium „*mehercle*" sedirt oder nicht, so viel ist sicher, dass seine Anwendung bei Geisteskranken von jeher bedingt war durch das Bedürfniss, einem der am häufigsten bei solchen Kranken bestehenden Symptome, der gesteigerten motorischen Thätigkeit, der geistigen und körperlichen Unruhe, der Schlaflosigkeit entgegenzutreten. Man ging von der ganz richtigen Ansicht aus, dass ein solch' abnormer Zustand einer Genesung nicht förderlich sein könne, und gab das Opium als calmirendes und hypnotisches Mittel, um Ruhe und Schlaf zu erzeugen, und damit den Kranken wenigstens in dieser Beziehung in einen annähernd normalen Zustand zu versetzen. Hatte es den gewünschten Erfolg nicht, wie so oft selbst in den anscheinend am meisten indicirten Fällen, so liess man sich trotzdem in späteren ähnlichen Fällen nicht abhalten, wieder zum Opium zu greifen, weil eben die Symptome zu dringend waren.

Die Behandlung mit Opium in grossen Dosen ist bekanntlich, und zwar im Anfange mit einem gewissen mystischen Beiwerke, als specifische Kur gegen Melancholie empfohlen worden. Man wird nicht fehl gehen, wenn man einen Theil der unter consequentem Gebrauche des Opiums erfolgten, keineswegs sehr zahlreichen Genesungen der allgemein beruhigenden und schlafmachenden Wirkung des Mittels zuschreibt. Andere Fälle —

reflectirte Psychosen — mögen einer localen Wirkung des Mittels auf die Nerven des Verdauungskanals zugeschrieben werden müssen. Man darf indessen nicht vergessen, dass ein grosser Theil der dem Opium zugeschriebenen Genesung vor einer schärferen Kritik sich überhaupt nicht begründen lässt, weil die Kranken der bekannten therapeutischen Vielgeschäftigkeit, durch Interposition von Brech- und Abführmitteln, warmen und kalten Bädern u. s. w. unterworfen wurden. Es mag sein, dass in der Praxis diese Vielgeschäftigkeit in manchen Fällen nicht zu umgehen ist; Anspruch auf wissenschaftlichen Werth haben aber die so erzielten Resultate sicherlich nicht.

Wo man eine Localwirkung auf die Nerven des Darms für angezeigt hält, wird man natürlich die hypodermatische Methode nur im Nothfalle anwenden und das Mittel lieber an einem der Endpunkte des Kanals einführen.

An frischen Fällen die Wirkung der Injection zu beobachten, habe ich nur sehr seltene Gelegenheit gehabt; solche Kranke kommen seit der Eröffnung der neuen Anstalt bei Heppenheim kaum noch zu uns. Ich glaube nicht, dass dieser Umstand meinen Untersuchungen allen Werth nimmt, da die chronischen Fälle überhaupt die Mehrzahl aller Geisteskranken bilden und sehr häufig einer, wenn auch palliativen, doch in diesem Sinne sehr erfolgreichen Behandlung mit Sedativis zugänglich sind.

Es giebt in den Irrenanstalten ausserordentlich viele, im Allgemeinen ruhige Pfleglinge, die mehr oder weniger häufig, mit oder ohne äussere Veranlassung, oder auf Grund von verstärkten Hallucinationen oder abnormen Sensationen in einen oft längere Zeit dauernden Zustand grösserer Unruhe und Steigerung des motorischen Triebes verfallen. Es giebt ferner Kranke, bei

denen diese periodische Unruhe in einem mathematisch genau bestimmten Cyclus mit besseren Zeiten wechselt. Viele Paralytiker zeigen im letzten Stadium eine planlose und zerfahrene, rastlose Beweglichkeit, die ihnen bei der gleichzeitigen Hülflosigkeit ausserordentlich gefährlich wird. Bei Epileptikern tritt häufig nach cumulirten Anfällen ein Paroxysmus furibunder Tobsucht ein, in welchem sie wegen der rücksichtslosen Aeusserung ihrer Triebe ausserordentlich gemeingefährlich sind. Alle diese Verhältnisse sind jedem Anstaltsarzte genau bekannt, und es bedarf keiner weiteren Erörterung der vielen vorkommenden Nüancirungen.

Hier bietet sich ein weites Feld für die sedative Therapie, und es ist ein gewiss nicht zu unterschätzender Erfolg, wenn man den unruhig gewordenen Schwachsinnigen wieder in den Stand setzt, sich nützlich zu beschäftigen, wenn man dem bedauernswerthen Paralytiker einen Zustand leidlicher Euphorie verschafft, oder wenn man die Tobsucht des Epileptikers beseitigt.

Die Sache hat auch ihre, ich möchte sagen, polizeiliche Seite. Wer die Verhältnisse von baulich ungenügenden, räumlich überfüllten und zwar mit verkommenen Elementen überfüllten Pflege-Anstalten kennt, weiss, wie unangenehm es ist, wenn ein als ruhig blödsinnig bis dahin mit dem grossen Haufen gehender Pflegling plötzlich eine Exacerbation im Sinne der Steigerung seiner motorischen Thätigkeit erleidet, und wie die kaum und mühsam hergestellte, möglichst zweckmässige Dislocation der einzelnen Persönlichkeiten dadurch schwer gestört wird, dass sich den ständigen Abonnenten der Unruhigen-Abtheilung ein neuer, überzähliger Genosse octroyirt. Wer solche Verhältnisse kennt, weiss auch, wie ein solcher Störenfried eine ganze Abtheilung rebellisch machen kann, und wie die allgemeine Ruhe wiederkehrt, wenn der Anstifter entfernt oder beruhigt ist.

Durch ein am rechten Orte angebrachtes Sedativum kann man da einen ausserordentlichen Erfolg erzielen, und nicht allein einem, sondern vielen Individuen nützen. Der Wege der Beruhigung giebt es natürlich verschiedene, psychische und medicamentöse; dass die Opiumbestandtheile versucht zu werden verdienen, unterliegt keinem Zweifel.

Ich halte Geisteskranke für sehr geeignet, die hypnotische Wirkung eines Mittels ins Klare zu setzen. Jemand, der an einer Neuralgie oder sonst einem schmerzhaften Uebel leidet, entbehrt des Schlafes wegen seiner Schmerzen und wünscht doch nichts sehnlicher, als zu schlafen. Wenn man ihm seine Schmerzen nimmt, so wird er seinem Bedürfnisse zu schlafen genügen können. Die Beseitigung der Schmerzen kann auf verschiedene Weise geschehen, die Narkose ist nur ein Weg dazu. Obwohl ich weiss, dass unter Umständen kleine Quantitäten, $\frac{1}{6}$ Gran Morphin, ausreichen, um betäubend auf die Centralorgane einzuwirken, und dass manche Fälle, in denen auf solche Dosen ausser Schmerzlinderung und Schlaf noch Schwindel und andere centrale Symptome eintreten, im Sinne der centralen Narkose gedeutet werden müssen, so giebt es doch gewiss viele andere Fälle, gerade bei der hypodermatischen Methode und bei der Einspritzung am *locus affectus*, in denen die Narkose so zu sagen nur als peripherische betrachtet werden kann, und der Schlaf eintritt, weil der Schmerz aufhört. Solche Kranke würden auch schlafen, wenn man ihnen den schmerzenden Nerv zwischen der schmerzverursachenden Stelle und dem Centrum durchschnitte. Aehnliches sieht man ja nach dem Ausziehen von Zähnen, oder dem Eröffnen von Panaritien und Furunkeln alle Tage.

Anders verhält es sich bei Geisteskranken, bei denen die Quelle der Aufregung und der Schlaflosigkeit in der Regel im Centrum selbst gesucht werden muss,

oder wenigstens nicht so localisirt an der Peripherie gefunden werden kann, wie bei Neuralgieen, Phlegmonen, Katarrhen u. s. w. Das beruhigende Mittel muss meistens auf das Centrum selbst wirken, und man kann — Ausnahmen vorbehalten — aus dem Eintritte von Ruhe und Schlaf auf eine die Centralorgane betreffende Wirkung schliessen.

Ich habe natürlich nicht versäumt, Verhältnisse, die mit dem Hauptzwecke meiner Untersuchung in näherem Zusammenhange stehen, mit zu beobachten.

Es wäre sehr erwünscht, über die Wirkung der centralen Narkose auf das peripherische Nervensystem ins Klare zu kommen, namentlich über die Verhältnisse der Sensibililät. Zu feineren Versuchen der Art, z. B. zur Anstellung der *Weber*'schen Zirkelversuche, oder zur Prüfung, bei welchem maximalen Abstande der Stellen der secundäre Inductionsstrom zuerst gefühlt wird, eignen sich auch unter den Geistesgesunden nur wenige Patienten, da hierzu eine bedeutende Intelligenz, Objectivität in der Selbstbeobachtung, Geduld und guter Wille vorausgesetzt wird. Diese Aufzählung genügt, um zu erklären, warum solche Versuche bei Geisteskranken ein Resultat liefern, welches mit ihrer Umständlichkeit in gar keinem Verhältnisse steht.

Ueber die Veränderung der Pulsfrequenz und der Temperatur nach narkotischen Einspritzungen stehen mir zum Theil sehr umfassende Beobachtungen zu Gebote, bei deren Verwerthung ich mir indessen, und wie ich glaube, mit vollem Rechte eine sehr bedeutende Vorsicht auferlege.

Es beweist natürlich nichts, wenn ein fortwährend laut und schnell sprechender Kranke eine Pulsfrequenz von 120 Schlägen zeigt, und sobald er nach der Injection ruhig geworden ist, nur noch eine Frequenz von 80 Schlägen. Hier kann das Aufhören des Sprechens

ebenso gut .und besser gewirkt haben, als das Mittel. Ich weiss wohl, dass es Tobsüchtige giebt, die sich durch einen ausserordentlich langsamen Puls auszeichnen, in der Regel findet aber das Umgekehrte statt.

Ein acut Tobsüchtiger, der stundenlang ziemlich eintönig und ohne rechten Affect Reminiscenzen aus seiner Vergangenheit in abgerissenen Worten und Sätzen vor sich herplappert, wurde mehrmals nach Narcein-Injectionen mehrere Stunden lang auf seine Pulsfrequenz in der Art untersucht, dass von Minute zu Minute gezählt und notirt wurde. Es zeigte sich zur Evidenz dass jedesmal, wenn er — auf eine oder einige Minuten — nicht sprach, eine momentane Verminderung bis zu 12 Schlägen eintrat, die mit dem Wiederanfang des Sprechens ebenso plötzlich verschwand. Mit der im Ganzen als Narceinwirkung eintretenden Verminderung der Pulsfrequenz und der Temperatur hatte diese Erscheinung keinen Zusammenhang.

Nach denselben Rücksichten und mit noch schärferer Kritik müssen die Beobachtungen über Respirationsfrequenz beurtheilt werden.

Die Pulszählungen werden ferner für die Beurtheilung der Arzneiwirkung natürlich dann ohne allen Werth, wenn, wie es nicht selten vorkommt, der Act des Zählens selbst für den Kranken eine Quelle der Beängstigung oder Aufregung ist.

Es giebt viele Geisteskranke — und wahrscheinlich auch andere Menschen —, deren Pulsfrequenz bei anscheinender Regelmässigkeit so ausserordentlich labil ist, dass jede Veränderung der Körperhaltung eine erhebliche Schwankung bedingt. Ich habe z. B. bei einem zur Zeit der Messung äusserlich ganz ruhigen Tobsüchtigen den Puls von Minute zu Minute abwechselnd im Sitzen und im Stehen gezählt, und ganz constant im ersteren Falle 88, und im letzteren 120 beobachtet. Die

Zählung geschah, wie meine Pulsmessungen überhaupt, mit einer und derselben, ¼ Minute laufenden, sehr genauen Sanduhr.

Bei Nichtberücksichtigung dieses Verhältnisses könnte man sich recht nette Pulsherabsetzungen künstlich schaffen, wenn man den Kranken vor der Einspritzung im Stehen beobachtete und ihn nachher auf das Bett legen liesse. Der Fehler wird nur vermieden, wenn man ihn vor der Einspritzung längere Zeit in derselben Lage beobachtet, die er nachher behalten soll.

Ich habe mehrfach gefunden, dass Kranke, mit noch recht gut entwickelter Intelligenz, deren Pulsfrequenz vorher, während der Einführung des Thermometers, und bei horizontaler Lage ganz regelmässig gewesen war, eine Steigerung von etwa 20—30 Schlägen zeigten, sobald und solange sie die Vorbereitung zu der ihnen durchaus nicht ungewöhnlichen Einspritzung sahen, während sie Angst vor der Operation durchaus in Abrede stellten. In etwa 2—3 Minuten nach der Einspritzung war die alte Frequenz wieder hergestellt.

Meine Temperaturmessungen geschahen mit genau unter sich verglichenen Centesimalthermometern, deren Scala Zehntelgrade direct abzulesen und Zwanzigstel zu schätzen erlaubte. Die Messungen wurden fast ohne Ausnahme *in ano* vorgenommen, weil sie dort bei unruhigen Kranken weit bequemer anzustellen sind. Bei vielen Kranken, namentlich unruhigen, lassen sich leider Temperaturmessungen gar nicht anstellen. Man lernt sehr bald seine Kranken auf die Möglichkeit einer gefahrlosen Untersuchung und einer Ueberwindung anfänglichen Widerstandes taxiren. Bei erheblichem Widerstande habe ich sofort meine Absicht aufgegeben, da ich mich nicht für berechtigt halte, einen Kranken der Möglichkeit einer Verletzung des Mastdarmes durch den Bruch des Thermometers auszusetzen.

Den Einwand, dass die Mastdarmtemperatur wegen möglicher Localprocesse der Blutwärme nicht sicher proportional sei, kann ich nur da gelten lassen, wo solche localen Processe wirklich nachgewiesen werden können. Dies war bei einem Kranken in der That der Fall.

Es hat sich in einer nicht geringen Anzahl von Fällen herausgestellt, dass die üblichen Temperaturbeobachtungen, etwa Morgens um 10 und Nachmittags um 5 Uhr, keineswegs genügen, um über die Verhältnisse der Blutwärme bei Geisteskranken in's Klare zu kommen. Die tägliche Variation des Thermometerstandes zeigt vielmehr viel grössere Schwankungen, als man anzunehmen geneigt ist. Es kommt, namentlich aber nicht immer in den Abendstunden, häufig zu einem ganz plötzlichen Abfallen der Temperatur, das sich bei anscheinend körperlich ganz gesunden, seit langen Jahren in harmlosem Schwachsinne vegetirenden Kranken selbst bis auf 1° C. belaufen kann. Zur Herstellung dieser sehr erheblichen Differenz sind zuweilen zwei Stunden ausreichend. Aus Unkenntniss dieser Verhältnisse könnte man leicht dazu verführt werden, Temperaturdifferenzen, die sonst irgendwie begründet sind, der Wirkung einer Einspritzung zuzuschreiben.

Die umfassende Feststellung der erwähnten Thatsachen würde für jeden Einzelfall eine grosse Reihe von Beobachtungen erfordern, und sowohl für den Beobachter wie für die Beobachteten mit ausserordentlich viel Unbequemlichkeiten verknüpft sein. Es wäre eine Arbeit für sich, die vollständig ausserhalb der Grenzen der vorliegenden Untersuchung liegt.

1) Morphin.

Man hat die Auswahl unter verschiedenen Salzen dieser Basis. Es lässt sich nicht annehmen, dass diese Salze, etwa mit Ausnahme des mekonsauren Morphins,

eine andere Differenz der Wirkung unter einander zeigen, als die durch die Verschiedenheit des Aequivalentgewichtes, oder, was dasselbe ist, die Verschiedenheit ihres Procentgehaltes an Morphin bedingte. Denn die miteingeführten Säuren sind in den zur Anwendung kommenden Mengen an und für sich wirkungslos, und bei dem Vorwalten stärkerer Basen im Blute lässt sich nicht annehmen, dass sie mit dem Morphin länger als einen Augenblick verbunden blieben. Die einzelnen Salze sind also nur in technischer Beziehung zu prüfen.

Obgleich das essigsaure Morphin das bisher am meisten angewandte Präparat ist, so erscheint es doch unzweifelhaft als das unzweckmässigste. Es ist ziemlich schwer löslich, verliert bei der Darstellung leicht Säure in wechselnder Menge, ist daher nicht constant in seiner Zusammensetzung und neigt in Lösung zur Zersetzung. Die Ph. Bor. ed. VII. hat es mit Recht fortgelassen und durch das chlorwasserstoffsaure Salz ersetzt.

Indessen ist auch dieses erst in 16—20 Th. Wasser von mittlerer Lufttemperatur löslich und erfordert zu grösserer Löslichkeit Säurezusatz.

Es giebt dagegen drei sehr leicht lösliche Verbindungen des Morphins: mit Mekonsäure — unkrystallisirbares Salz, in England viel benutzt —; mit Salpetersäure — krystallisirbar, löslich in 1½ Th. Wasser —; und mit Schwefelsäure — ebenfalls krystallisirbar und in 2 Th. Wasser löslich. Die beiden letzteren Salze sind offenbar zur Anwendung gleich brauchbar. Ich benutze schon seit Jahren das schwefelsaure Morphin.

Die locale Reizung ist bei Morphin-Injectionen ausserordentlich gering; ich erinnere mich nicht, jemals einen Abscess danach gesehen zu haben; meistens ist die unbedeutende Röthe und Infiltration um die Stichstelle schon nach wenigen Stunden wieder verschwunden. Die örtliche, schmerzlindernde Wirkung der Morphin-

Injection macht sich zuweilen fast momentan geltend; eine Allgemeinwirkung auf das Sensorium habe ich nicht vor der siebenten bis achten Minute eintreten sehen, zu dieser Zeit aber öfter auch noch Injectionen am Vorderarm, also an einer relativ ungünstigen Stelle. Nach 15 bis 20 Minuien ist eine Allgemeinwirkung, wenn sie überhaupt eintritt, fast immer deutlich. Es gehört zu den Seltenheiten, dass erst nach mehreren Stunden unveränderten Befindens die Allgemeinwirkung eintritt.

Bei der Wirkung der Morphin-Injectionen sind vorzugsweise folgende Symptomencomplexe in's Auge zu fassen: die centralen und peripherischen Erscheinungen, die gewöhnlich unter dem Namen des primären Excitationsstadiums zusammengefasst werden; die eigentliche Narkose; die vom Centrum aus erregten Magensymptome; die Nachwehen der Einwirkung; endlich die Erscheinungen von Seiten des Pulses, der Temperatur, der Respiration, der Verdauung und der Pupillen.

Einige Zeit nach der Injection fängt der Kranke an, über „Singeln, inneres Zucken, Ziehen" in den Gliedern, allgemeines Unbehagen, Flimmern vor den Augen, Kopfschmerzen, Schwindel und Angst zu klagen. Er hält sich oft an den nächsten Gegenständen, um nicht zu fallen, zeigt einen deutlich gerötheten, heissen, turgescirenden Kopf, öfter reichlichen Schweiss und beschleunigte Puls- und Respirationsfrequenz. Diese Erscheinungen machen sich oft ganz plötzlich in ihrer ganzen Höhe geltend, in der Regel nehmen sie allmälig zu. Zuweilen bleiben sie ganz aus, entweder weil die Injection überhaupt ohne Wirkung ist, oder weil sofort der Einfluss der Betäubung sie unterdrückt. In der Regel sind sie nur von kurzer Dauer, 5—10 Minuten, in seltneren Fällen dauern sie mehrere Stunden lang, und nach ihrem Ablaufe kann dann sofort das sonstige psychische Verhalten des Kranken wieder zurückkehren,

ohne dass es zu einer eigentlichen Narkose gekommen wäre.

In diesem Stadium pflegen sich die Kranken sehr ungemüthlich zu fühlen, und es kommt häufig zu einem gesteigerten Ausbruche von Unruhe, der solange anhält, wie die besprochenen Symptome. Die gesteigerte Unruhe hat bei meinen Beobachtungen niemals den Charakter der heiteren Tobsucht gehabt, vielmehr lässt sich, auch wenn keine Angst vorhanden ist, eine bedeutende Dysphorie nicht verkennen, die theils in den zuweilen recht stürmischen Kopfcongestionen, theils in der Nausea fortwährend neue Nahrung findet. Der ganze Zustand kommt natürlich, wenn er von irgend längerer Dauer ist, niemals erwünscht, weil er das gerade Gegentheil ist von dem, was man beabsichtigte. Aehnliche Symptome werden auch bei innerlicher Anwendung von Morphin sowohl als von Opium zuweilen beobachtet. Es ist klar, dass in letzterem Falle die excitirende Wirkung nicht allein von anderen Basen abzuhängen braucht.

In der Regel machen die beschriebenen Erscheinungen bald der eigentlichen Betäubung Platz. Auch diese kann entweder plötzlich, oder, was häufiger ist, allmälig eintreten. Im ersteren Falle sinkt der bis dahin entweder überhaupt unveränderte, oder in oben erwähnter Weise afficirte Kranke oft ohnmächtig zusammen und muss am bewusstlosen Fallen gehindert werden, die Hitze macht einer auffallenden Blässe Platz er schläft ein und kann unter Umständen lange Zeit in einem wahren Todtenschlafe verharren, in dem er einen auffallenden Mangel an Reaction sowohl gegen schmerzhafte Empfindungen, wie gegen Geräusche zeigt.

Der Schlaf ist im Allgemeinen um so länger, je tiefer er ist, ich habe ihn zuweilen länger als 12 Stunden andauern sehen. Oefter ist er so tief, dass die Kranken

selbst durch das Brechen oder das Bedürfniss zur Urin- und Stuhlentleerung nicht geweckt werden.

Gelingt es, den Kranken durch äussere Eingriffe zu erwecken, so ist sein Verhalten gegen sonst wesentlich verändert. Allerdings tritt oft sofort ein dem bisherigen ganz analoges Delirium wieder auf, aber die Stimme ist viel leiser, die Bewegungen sind viel weniger ausgiebig als sonst, der Fluss der Ideen-Associationen ist bedeutend langsamer. Andere Kranke zeigen deutlich, dass sie nicht wissen, wo sie sich befinden und was mit ihnen vorgegangen ist, etwa wie ein aus schwerem Rausche aufgerüttelter Mensch. In einzelnen Fällen beobachtet man, ganz ähnlich wie es *Bernard* bei Hunden gesehen hat, dass der aus dem Schlafe erweckte Kranke unter deutlichen Aeusserungen von Furcht zu entfliehen und sich zu verstecken sucht. In der Regel schlafen so schwer Betäubte nach wenigen Minuten wieder ein.

In den meisten Fällen tritt, wie gesagt, die Narkose nicht plötzlich, sondern allmälig auf. Der Kranke selbst giebt oft an, er werde betäubt, „dormelig", er wisse gar nicht, wie ihm sei, er könne nicht denken. Er versucht dann wieder in gewohnter Weise sich Luft zu machen, beginnt zu schreien und zu lärmen; lässt aber plötzlich einen Satz oder eine Bewegung unvollendet, um seine Verwunderung darüber auszusprechen, dass ihm diese Vollendung unmöglich sei. Allmälig mehren sich die Zeichen der Müdigkeit; das Gähnen, Augenreiben, sich Strecken nimmt zu, die Aeusserungen der Krankheit werden seltner und schwächer. In günstigen Fällen, die aber beiweitem die Hälfte der Gesammtzahl nicht erreichen, tritt dann nach und nach Schlaf von verschiedener Dauer und Intensität ein, der sich von einem normalen tiefen Schlafe nicht nothwendig zu unterscheiden braucht. Häufig ist dagegen der Schlaf unruhig, unterbrochen — auch abgesehen von den Stö-

rungen die vom Magen ausgehen —, der Kranke schrickt oft zusammen und erwacht über wüste Träume mit vorwiegend ängstlichem Charakter. Sehr instructiv war mir eine Beobachtung an einer schon seit mehreren Jahren melancholischen Dame, die seit den letzten 1½ Jahren fortwährend unter der Herrschaft eines äusserst intensiven Angstaffects steht. Es waren an ihr grosse Dosen von Opium in innerlicher Anwendung, Injectionen von Narcein bis zu 480 Mgr. und von Morphin bis zu 60 Mgr. stets ganz spurlos vorübergegangen. Auf die Injection von 90 Mgr. schwefelsauren Morphins stellte sich ausser einer sehr bedeutenden Hinfälligkeit, Angst, Unregelmässigkeit des Pulses u. s. w. nach etwa einer Stunde ein fast 10stündiger, sehr unruhiger Schlaf ein. Sie beklagte sich am nächsten Morgen freiwillig über mehrere Incubus-Anfälle, die sie früher sehr häufig, seit 2½ Jahren aber nicht mehr gehabt hatte, und die sich auch seither nicht wiederholt haben.

Sehr häufig ist die Dauer des leichteren Morphinschlafes eine sehr kurz gemessene. Kranke, die eine Viertelstunde nach der Injection schon fest zu schlafen schienen, wachen nach einer weiteren Viertelstunde wieder auf, und können, obwohl sie noch betäubt erscheinen, nicht mehr zum Einschlafen gebracht werden.

In nicht wenigen Fällen kommt es überhaupt nicht zum Schlafe, obwohl eine centrale Narkose unverkennbar ist. Der Kranke wird ruhig, er stützt den Kopf auf, schliesst die Augen, bekümmert sich anscheinend nicht um die Umgebung; er wird aber sofort laut und wehrt in eindringlicher Weise ab, sobald man sich mit ihm zu beschäftigen anfängt. In anderen, günstigeren Fällen tritt ebenfalls kein Schlaf ein, es tritt aber auch das Delirium zurück; bei frischen Krankheitsformen kann sich ein Zustand einstellen, der von geistiger Gesundheit nicht zu unterscheiden ist, bei chronischen Formen

verschwindet die temporäre Aufgeregtheit und der Kranke erscheint ruhig und zugänglich, wie früher.

Die beruhigende Wirkung der Morphin-Injectionen wird im höchsten Grade beeinträchtigt durch die Magensymptome. In dieser Richtung äussert sich die Wirkung der hypodermatischen Einspritzung am constantesten — wenigstens in 90 % aller Fälle —, und sehr häufig ist selbst bei grossen Dosen das Erbrechen das einzige sichtbare Symptom. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die Magensymptome vom Centrum aus erregt werden, da sie bei der Einführung des Morphins in den Magen selbst nur selten und in der Regel nur bei grösseren, zumal toxischen Dosen zur Beobachtung kommen.

Der Anfang der Nausea ist oft schon vor Ablauf von zehn Minuten nach der Injection zu erkennen, in den meisten Fällen jedenfalls schon während der ersten halben Stunde. Viel seltener treten die Erscheinungen des Brechreizes erst zu Tage, wenn die Narkose bereits vorüber ist. Ob und wann es zu wirklichem Erbrechen kommt, und wie oft sich dieses wiederholt, unterliegt grossen individuellen Verschiedenheiten; im Grossen und Ganzen ist aber die brechenerregende Einwirkung einer Morphin-Injection von etwa 30 Mgr. nicht unsicherer, als die der üblichen Magistralformeln aus Brechweinstein und Ipecacuanha.

Das fortwährende Würgen und Brechen ist natürlich dem Zustandekommen eines andauernden Schlafes sehr hinderlich. Die Kranken gewähren in der That sehr häufig einen höchst bejammernswerthen Anblick durch den fortwährenden Wechsel von todmüdem Hinsinken und immer wieder erneuten Brechbewegungen. Dass dabei die Stimmung des Kranken in der Regel keine heitere ist, kann nicht Wunder nehmen; ich habe nicht selten gesehen, dass Kranke zwar äusserlich ruhi-

ger wurden, aber zugleich ihren augenblicklichen Zustand in seiner exorbitanten Unannehmlichkeit kleinmüthig als den Anfang vom Ende ansahen. Einzelne allerdings, namentlich Tobsüchtige, bei denen die Narkose oft sehr wenig ausgebildet ist, fühlen sich nach dem Brechen wesentlich erleichtert, loben deshalb die Wirkung des Medicamentes über alle Maassen, und werden auch in der That für einige Zeit ruhiger. Es ist ja bekannt, dass unter Umständen ein *Emeticum* ein vorzügliches Beruhigungsmittel ist.

Als Nachstadium der hypodermatischen Morphin-Einspritzung wird in der grossen Mehrzahl der Fälle ein Zustand beobachtet, der sich mit dem populären Namen Katzenjammer am einfachsten bezeichnen lässt. Es ist dasselbe Gefühl von Abgeschlagenheit, von Unfähigkeit zum Denken und Arbeiten, von Missmuth und allgemeiner Unbehaglichkeit, verbunden mit Kopfschmerzen, Fluxionen nach dem Kopfe, Herzklopfen und wechselndem Pulse, Anorexie, Uebelkeit und selbst Erbrechen von wässerig-galligen Fluidis, wie es als Strafe für individuell übermässigen Alkoholgenuss Jedermann aus eigener Erfahrung kennt. Oefters wird allerdings von alledem Nichts beobachtet, der Kranke erwacht vielmehr, durch den langentbehrten tiefen Schlaf gestärkt, in einem Zustande, der sich durch Ruhe, Klarheit und Lenksamkeit von dem früheren sehr vortheilhaft auszeichnet und gar keine körperlichen Anomalieen darbietet. Man darf aber nicht Jeden, der nicht klagt, von dem Verdachte auf Bestehen des erwähnten Nachstadiums freisprechen. Bei Kranken, die sich auf Auskunftgeben nicht einlassen, erkennt man oft diesen Zustand daran, dass sie in auffallender Weise still sind, die Einsamkeit suchen und die Nahrung verschmähen.

Temperaturbestimmungen bei Morphin-Injectionen kann ich nicht mittheilen. In den wenigen an und für

sich dazu geeigneten Fällen zwang wegen des Eintrittes von Brechbewegungen eine wohlberechtigte Vorsicht zur Entfernung des Instrumentes. *Eulenburg* hat in einzelnen Fällen eine Erhöhung der Hauttemperatur um 0°,2 bis 0°,.5 C beobachtet.

Die Pulsfrequenz verhält sich ausserordentlich verschieden. Sehr häufig ist ein Einfluss auf die Herzbewegungen überhaupt nicht wahrnehmbar. In einzelnen seltenen Fällen tritt in der ersten Zeit, in den ersten 5 bis 10 Minuten eine Beschleunigung um 8 bis 12 Schläge ein, die später wieder verschwindet, um entweder der früheren Frequenz, oder einer verminderten Platz zu machen. In anderen Fällen fällt nach einigen Minuten, in denen die Pulszahl sich verhält, wie vor der Injection, der Puls ziemlich beträchtlich, z. B. von 88 auf 72, ohne dass die Kranke sich einstweilen sichtlich beruhigt, um nach einer Viertelstunde, trotz dem Einschlafen, wieder auf die frühere Höhe zu steigen. Dass bei einer sonst sehr geringen Wirksamkeit eine beträchtliche Pulsverminderung eintreten kann, beweist folgendes Beispiel. Einer chronisch verrückten, fortwährend ziemlich laut perorirenden Kranken wurden 30 Mgr., und als diese ohne alle Einwirkung blieben, nach 23 Minuten weitere 30 Mgr. injicirt. Die Pulsfrequenz betrug vor der Injection constant 92. Nach

Minuten	Pulsfrequenz
3	88
5	88
6	84
7	84
8	84
9	72
10	78
12	76

Minuten	Pulsfrequenz
14	72 Deutliche Pupillenverengerung.
16	64
18	64
20	64
22	66
24	70 Zweite Injection.
26	62 Die ersten Vomiturationen.
28	64
32	64
34	64 Erste Zeichen von Müdigkeit.

Die Kranke sprach fortwährend gleichmässig weiter; wirklicher Schlaf stellte sich so wenig ein, wie sichtliche Beruhigung; die Kranke brach erst am nächsten Morgen.

Es bedarf keiner Auseinandersetzung, dass beschleunigte Herzcontractionen, die in einer gesteigerten motorischen Thätigkeit der willkürlichen Muskeln ihren Grund haben, sich verlieren, wenn das Morphin die Aufregung beseitigt. Ebenso tritt häufig mit dem Erbrechen eine Pulsverlangsamung ein, deren Genesis dann zweifelhaft ist, da sie auch bei anderen Brechmitteln beobachtet wird.

Ebenso wird eine durch Schreien u. s. w. erhöhte Respirationsfrequenz unter günstigen Umständen auf ein normales Maass zurückgeführt. Eine noch grössere Verminderung der Zahl der Athemzüge bei nur medicamentösen Gaben habe ich nicht beobachtet. Bei grösseren Dosen tritt indessen auch nach hypodermatischer Injection zuweilen eine sehr beunruhigend langsame Respiration ein. *Lorent* sah sie bis auf 6 Athemzüge in der Minute sinken — nach 1 Gran bei *Delirium tremens* — und schritt deshalb zur Anwendung der künstlichen Respira-

tion; Dr. *Vix* in Darmstadt*) beobachtete — nach 1½ Gran, binnen 1½ Stunden auf dreimal in leichtem Chloroformrausche injicirt, bei acuter Tobsucht — eine Respirationsfrequenz von 3 in der Minute und musste die Kranke wecken, um einer drohenden Lungenhypostase vorzubeugen.

Eine styptische Wirkung, die für die innerliche Anwendung des Morphins oft so hinderlich ist, habe ich bei Injectionen nicht beobachtet; ich habe mich indessen wegen der üblen Complicationen auch nie dazu verstehen mögen, die Injectionen bei einem Individuum regelmässig längere Zeit hindurch anzuwenden.

Die Pupillen werden in der Regel stark verengt, selbst zu weniger als Stecknadelkopfs-Grösse. Sie behalten auch bei dieser enormen Verengerung ihre Fähigkeit, auf wechselnde Beleuchtungsintensität zu reagiren, und zeigen oft eine Differenz der Durchmesser, die vorher nicht vorhanden oder weniger deutlich war. In der Regel tritt die Myosis nach etwa einer halben Stunde ein und dauert mehrere Stunden; zuweilen wird sie schon nach weniger als 10 Minuten bemerkt und hält einen ganzen Tag an.

Die Quantität, die zur Hervorrufung einer centralen Narkose nöthig ist, schwankt je nach der Individualität ganz ausserordentlich. Der Eine verträgt ohne jede Spur von Einwirkung Mengen, die bei dem Anderen die bedrohlichsten Erscheinungen hervorrufen. Eine grosse Dosis bleibt oft wirkungslos, während eine nur um einen Bruchtheil grössere sich in sehr bedenklicher Weise geltend macht.

Nach *Eulenburg* ist die Wirkung, wenigstens kleiner Mengen bis zu 15 Mgr., auf Gesunde überhaupt geringer als auf Kranke; und die Existenz eines solchen

*) Nach mündlicher Mittheilung.

Verhältnisses auch für grössere Quanta muss man in der That annehmen, wenn man z. B. liest, dass *Nussbaum* sich selbst zwei Gran essigsaures Morphin in eine subcutane Bauchvene injicirte, die zwar stürmische Circulationserscheinungen, aber keine Narkose bewirkten.

Lorent ging in keinem Falle über ½ Gran als Einzeldosis. *Erlenmeyer* glaubt, dass die von manchen Autoren angegebenen grossen Dosen auf einem Fehler der Berechnung, Undichte der Spritze, oder einem schlechten Präparate beruhen, er kann es sich nicht anders erklären, dass bei diesen grossen Dosen keine heftigen Vergiftungserscheinungen eingetreten seien; er empfiehlt, mit ⅛ Gran anzufangen und nur bei sehr heftigen Krankheiten, Leuten, die an Opiate und Spirituosen gewöhnt seien, und Geisteskranken dreister zu sein.

Ich selbst habe über die Wirkung der Morphin-Injectionen auf gesunde Menschen keine Erfahrungen; ich konnte mich zu derartigen Versuchen nicht entschliessen, da ich aus Beobachtungen an Kranken die höchst unangenehmen Erscheinungen, die dabei auftreten können, genügend kannte.

Bei ruhigen Geisteskranken, die wegen Zahnschmerzen und dergleichen eine Injection von 8—10 Mgr. erhielten, wurden gelegentlich wie bei Geistesgesunden auch, Zeichen geringer allgemeiner Narkose, Schwindel, Schwere im Kopfe und in den Gliedern, unangenehme Sensationen, Schlaf von längerer und tieferer Dauer als sonst beobachtet. Unruhige zeigten kaum etwas ausser einem Anfluge von Uebelkeit.

Bei 15 bis 20 Mgr. war eine Einwirkung in der Regel schon deutlicher, es traten stärkere Betäubung und erheblichere Magensymptome auf. Eine wirklich ausgiebige Narkose wurde aber in der Regel erst bei Injectionen von mindestens 30 Mgr. erzielt; die Fälle waren nicht selten, in denen auch diese Menge entweder

ganz wirkungslos war, oder mehr als Nauseosum denn als Narkoticum wirkte. Injectionen bis 60 Mgr. habe ich ebenfalls mehrfach ganz wirkungslos bleiben sehen. In einem solchen Falle, der schon oben erwähnt ist, ging ich deshalb auf 90 Mgr.; bei dieser Dosis trat dann aber die Narkose keineswegs in erwünschter Form, sondern mit recht unangenehmen toxischen Erscheinungen vergesellschaftet auf. Sonst habe ich höhere Dosen als 60 Mgr. niemals angewendet.

Aus der Heppenheimer Anstalt wurde mir mitgetheilt, dass ein Tobsüchtiger — früher Potator — erst auf zwei Gran schwefelsaures Morphin, und zwar jedesmal durch Schlaf während der ganzen Nacht und Ruhe am folgenden Tage reagirte, während kleinere Dosen stets wirkungslos blieben.

Es lässt sich danach wohl nicht bezweifeln, dass in geeigneten seltnen Fällen auch noch grössere Dosen ohne Schaden und selbst mit Nutzen dem Organismus durch subcutane Injection zugeführt werden können. Man wird bei der Anwendung solcher Quantitäten, zu denen man sich natürlich nur gradatim entschliesst, nur zu bedenken haben, dass bei einer anscheinend geringen Steigerung sich die Wirkung sehr bedenklich potenziren kann. Die Menschen verhalten sich hierin offenbar anders wie die Hunde in den *Bernard*'schen Versuchen. Nach *Bernard* genügen 50 Mgr. vollständig, um einen jungen Hund mittleren Wuchses in einen tiefen Schlaf zu versetzen, also eine Dosis, die auch für den erwachsenen Mensch schon als gross bezeichnet werden muss; man könne aber die Gabe selbst verzehnfachen, ohne dass Gefahr für das Leben oder überhaupt etwas anderes, als einige unwesentliche Erscheinungen einträten. Eine solche Menge — 500 Mgr. — auf ihre Wirksamkeit am Menschen zu prüfen dürfte auf dem Wege des straflosen Versuches kaum möglich sein.

Als Beweis, dass eine sehr geringe Steigerung der Dosis im Stande ist, ohne dass von cumulativer Wirkung die Rede sein könnte, eine ganz unverhältnissmässige Steigerung des Effectes herbeizuführen, sowie als Beispiel, wie unangenehm die Wirkung der Morphin-Injectionen überhaupt auftreten kann, möge noch eine kurze Krankengeschichte dienen; der betreffende Fall wurde bereits vor vier Jahren hier beobachtet.

Ein 22jähriges, angeblich immer etwas schwachsinniges Mädchen war, angeblich auf Grund eines gegen sie verübten *conamen stupri*, in eine sehr bedeutende motorische Aufregung gerathen. Sie lag unruhig im Bett, verliess es oft, spielte fortwährend mit den nächsten Gegenständen, lachte, schwatzte, sang ohne Unterlass und ohne deutlichen Affect, ging nie auf an sie gestellte Fragen ein und verrieth nicht das geringste Verständniss ihrer dermaligen Verhältnisse. Sie war in der Regel kühl, dabei aber zu Congestionen nach dem Kopfe geneigt. Der Schlaf fehlte vollständig. Sie erhielt salzsaures Morphin theils bis zu einem Gran innerlich — im Allgemeinen mit wenig Wirksamkeit, doch trat einigemal mehrere Stunden nach dem Einnehmen und ganz plötzlich aus der Unruhe heraus ein langdauernder tiefer Schlaf ein —, theils zu ½ bis fast ein ($\frac{6}{7}$) Gran in Injectionen. Letztere wirkten theils in der gewöhnlichen Weise, dass bald Schwindel, Schwäche, Schläfrigkeit eintraten, theils erst nach mehreren Stunden schlafmachend, während anhaltende Kopfcongestionen, Hitze und Durst vorhergingen. Nach 14 Tagen wurde die Morphinbehandlung, weil grössere Ruhe eingetreten war, ausgesetzt, musste aber nach wenigen Tagen wieder aufgenommen werden. Nach mehrfacher Darreichung innerlicher Gaben wurde am 24. Tage der Morphinbehandlung ein Gran auf einmal subcutan injicirt. Nach 1½ Stunden, während deren die Kranke ganz unverändert gewesen

war, fiel sie plötzlich bewusstlos zusammen, war überall kühl, an Kopf und Extremitäten dunkel cyanotisch, war anästhetisch, hatte einen ziemlichen Grad von Trismus, kleinen aussetzenden Puls, erschwerte pfeifende Respiration. Ein Strahl kalten Wassers auf die Brust brachte die Respiration wieder in Gang, und die übrigen bedrohlichen Erscheinungen ziemlich zum Schwinden. Die Anwendung innerer Analeptica wurde durch die unregelmässigen Schluckbewegungen sehr erschwert. Die Kranke blieb in einem Zustande von Betäubung, aus dem sie zwar leicht zu erwecken war, in den sie aber nach einigem Flüstern und leisen Singen gleich wieder zurückfiel, wenn sie ohne äussere Anregung gelassen wurde. Sie schlief auf die Injection mit theils leisem, theils schnarchendem Athmen im Ganzen 18 Stunden. Am nächsten Morgen war sie etwas stiller und weniger beweglich, als sonst, im Uebrigen unverändert. Bei der letzten Injection zeigte sich Erbrechen, bei den früheren niemals. Die Injectionen wurden später in der Dosis von $\frac{3}{4}$ Gran wieder aufgenommen, zeigten indessen gar keinen Erfolg, nicht einmal die früher stets beobachtete Pupillenverengerung. Nur einmal trat ein Zustand grosser Unruhe mit gesteigerten Delirien, Angst, Uebelkeit, Leibschmerzen, Zahnweh auf, der aber vielleicht dem Ausbleiben der um diese Zeit erwarteten Menstruation zugeschrieben werden musste.

Man darf also auf die allmälige Gewöhnung an das Mittel, die in vielen Fällen unzweifelhaft stattfindet, nicht allzusehr rechnen.

Bei acuter Tobsucht ist die Wirkung des subcutan injicirten Morphins im Allgemeinen keine glänzende. Zu einer wirklichen Narkose pflegen, wenn sie überhaupt eintritt, erst höhere Dosen zu führen, und die erzielte Beruhigung pflegt nur kurze Zeit anzuhalten. Zu diesem Resultat ist auch *Lorent* gekommen. Ich möchte

noch hinzufügen, dass der beruhigende Effect häufig fast ganz allein auf Rechnung des Erbrechens scheint gesetzt werden zu müssen.

Es giebt indessen Ausnahmen, bei denen selbst eine nur einmalige Anwendung von Morphin im Stande ist, eine frische Erkrankung zu coupiren. Dr. *Vix* behandelte einen anämischen Bauer in den Vierzigen, der seit einigen Tagen acut tobsüchtig war. Auf eine Einspritzung von $\frac{3}{4}$ Gran Narcein unter Chloroformrausch beobachtete er kurzen Schlaf; dann delirirte der Kranke wieder kurze Zeit; nachher schlief er wieder ein, schlief mehrere Stunden und zeigte nach dem Aufwachen keine Spur von Kranksein. Nach eintägiger Dauer der Reconvalescenz erfolgte ein Recidiv der Tobsucht; während der Nacht wurden, wegen mangelnder Assistenz wiederum in leichtem Chloroformrausche, dreimal Morphin-Injectionen von je $\frac{1}{4}$ Gran gemacht; nach der letzten trat zehnstündiger Schlaf ein; seit dem Erwachen besteht dauernde Gesundheit.

Meine Erfahrungen über die Behandlung der Melancholie mit Morphininjectionen sind durchweg ungünstige. Die Injectionen selbst grosser Dosen hatten häufig keine Spur von Wirkung. Bei allen diesen Kranken war auch die innerliche Behandlung mit Opium ohne Erfolg. Die Zusammenstellung in dem Aufsatze von *Tigges**) beweist, dass man sich über die günstige Wirkung der Opiumbehandlung bei Melancholie sehr unberechtigten Illusionen hingegeben hat. *Lorent* behandelte drei Melancholiker mit Morphin-Einspritzungen von $\frac{1}{8}$ bis $\frac{1}{4}$ Gran und sah in allen drei Fällen nach einer bis 4 Wochen Beruhigung eintreten, so dass das Mittel ausgesetzt werden konnte; nach 8 bis 12 Wochen erfolgte unter sonst passender Behandlung Genesung. Eine

---

*) Diese Zeitschrift. Bd. XXI. S. 421.

beweiskräftige Abkürzung der Krankheitsdauer liegt also nicht vor.

Dagegen ist mir die Krankengeschichte eines an Melancholie leidenden, schon früher stark hysterischen Frauenzimmers bekannt geworden, die im Anfange der Krankheit täglich oft mehrmals Injectionen von $\frac{1}{3}$ Gran salzsaurem Morphin mit gutem Erfolge erhalten hatte, bei eingetretener Reconvalescenz aber eine einmalige gleich grosse Dosis, die wegen mehrtägigen Schlafmangels applicirt wurde, nicht vertrug; sie brach zwei Tage lang und wurde nicht beruhigt, vielmehr trat, wie im Anfange der Krankheit, ein Heer von unangenehmen Empfindungen und Angstgefühl auf, so dass eine Zeit lang die Reconvalescenz ernstlich in Frage gestellt war.

Im Gebiete der chronischen Aufregungsformen bietet sich für die Morphinbehandlung ein weites Feld. Es kann sich hier natürlich nicht um eine Beseitigung der Krankheit, sondern nur um ein temporäres Zurückdrängen der Ursachen, die zu Schlaflosigkeit und äusserer Unruhe führen, handeln. Sicher ist eine günstige Wirkung auch bei chronischen Fällen keineswegs, es giebt Kranke genug, die selbst auf grosse Dosen nicht reagiren, bei anderen treten nur die ungünstigen Folgen der Injection zu Tage; bei manchen ist ein erwünschter Erfolg sehr vorübergehend, bei manchen dauert er nach einer einzigen Einspritzung Wochen und Monate lang.

Es herrschen hier offenbar grosse individuelle Verschiedenheiten, und es ist schon aus diesem Grunde schwer, zwischen den günstigen und ungünstigen Fällen einen nosologischen Unterschied zu finden. Bei periodisch Tobsüchtigen mit wirklich regelmässigem Typus ist es mir nie gelungen, eine irgend nachhaltige Wirkung zu erzielen, etwa einen Tobsuchtsanfall zu unterdrücken oder auch nur hinauszuschieben; die Anfälle verliefen vielmehr, nachdem die Betäubung, das Brechen u. s. w.

aufgehört hatten, ganz in der altgewohnten Weise. Kranke, denen das Auftreten sehr intensiver Gesichts- und Gehörshallucinationen zu einer Quelle fortwährender Unruhe wird, sind gleichfalls der Morphintherapie fast unzugänglich; dagegen werden die Störungen des Gemeingefühls oft in einer überraschenden Weise durch die Narkose gemildert, und an die Stelle abnormer Sensationen tritt ein Gefühl wohlthätigen Behagens, das Ruhe und normalen Schlaf im Gefolge hat. Man könnte die Wirkung des Morphins in solchen Fällen der bei Neuralgieen ganz gleichstellen und als eine peripherische auffassen; es kommt aber eben so häufig vor, dass Delirien, für die sich eine peripherische Ursache nicht auffinden lässt, durch das Narkoticum in ihrer Intensität sehr bedeutend beschränkt werden.

Wenn nur ein einmaliger Schlaf von längerer Dauer oder eine grössere Ruhe, deren Dauer in Stunden angegeben werden muss, erzielt wurde, so kann man die Wirkung der Injection nur dann als eine günstige auffassen, wenn keine üblen Complicationen, Magenerscheinungen, dumpfe Betäubung u. s. w. auftreten; man hat sonst dem Kranken auf der einen Seite mindestens ebensoviel geschadet, als auf der anderen genützt. Fehlen aber die Complicationen und ist der Schlaf andauernd und tief, so ist man unbedingt berechtigt, selbst grosse Dosen in öfterer Wiederholung zu geben.

In den günstigeren Fällen ist nun, wie gesagt, die Wirkung der Injection mit dem Eintreten eines einmaligen Schlafes durchaus nicht erschöpft. Es handelt sich um chronisch Verrückte und Schwach- oder Blödsinnige, die, für gewöhnlich ruhig und relativ arbeitsfähig, von Zeit zu Zeit, in unregelmässigen Zwischenräumen in gesteigerten Affect gerathen, der erfahrungsgemäss längere Zeit, durch Wochen oder Monate anhält. Solche Zustände ist man sehr häufig im Stande, durch eine ein-

malige Einspritzung zu coupiren; der günstige Erfolg zeigt sich oft erst, wenn die nächsten unangenehmen Folgen der Einspritzung abgelaufen sind. Bei einem derartigen Resultat kann das Auftreten von Complicationen, wenn nicht etwa dringende Contraindicationen vorhanden sind, nicht in's Gewicht fallen.

Für entschieden contraindicirt halte ich die Morphin-Einspritzungen bei allen Kranken, die man den üblen Chancen eines stunden- oder tagelang anhaltenden Erbrechens nicht aussetzen darf, also bei Kranken mit allgemeiner progressiver Paresis, mit Herzfehlern oder Rigidität der Arterien, mit vorgeschrittener Lungen- oder Darmtuberculose, mit erheblicheren Magenleiden, bei manchen Epileptikern und bei Marantischen. Für einige dieser Zustände ist selbstverständlich schon die Möglichkeit des Auftretens erhöhter Herzthätigkeit eine Contraindication.

2) Codein.

Das Codein unterscheidet sich in seiner chemischen Formel von dem Morphin nur durch einen Mehrgehalt von $C_2 H_2$. Es steht ihm somit sehr nahe und es wäre möglich, dass die eine Basis künstlich in die andere übergeführt werden könnte.

Das salzsaure Salz, welches ich allein angewendet habe, hat mit dem salzsauren Morphin etwa gleiche Löslichkeitsverhältnisse.

Das Codein hat in seiner Wirkung mit dem Morphin ausserordentlich viel Aehnlichkeit und unterscheidet sich von ihm nach meinen Beobachtungen vorzugsweise dadurch, dass die Intensität des Schlafes eine beiweitem geringere ist, was mit den Versuchen an Thieren übereinstimmt. Es hat aber mit dem Morphin die Hervorrufung von üblen Nebenerscheinungen, Schwindel, Schwere im Kopfe, Nausea und Erbrechen, sowie eines nachfolgenden Stadiums der Abspannung, wenig-

stens bei hypodermatischer Anwendung gemein, was ich nach vielfacher Erfahrung gegen *Berthé**), der wegen der Abwesenheit dieser Erscheinungen dem Codein einen wesentlichen Vorzug vor dem Morphin vindicirt, aufrecht erhalten muss. Einigemal trat, wie zuweilen nach Morphin, im Anfange der Einwirkung sowohl, als nach dem Ablaufe des Schlafes, sehr erhebliche Congestion nach dem Kopfe ein. Ob das Codein in der That keine Stypsis bewirkt, kann ich nicht sagen, da ich es nie durch längere Zeit angewendet habe.

In einzelnen Fällen hatten die Injectionen, ganz wie die des Morphins, einen recht günstigen Erfolg, ohne unangenehme Complicationen. Die Dosis musste durchschnittlich viel höher, 60 bis 150 Mgr., gegriffen werden, kleinere Mengen zeigten gar keine Einwirkung.

Die Zeitdauer zwischen der Einspritzung und dem Anfange der Allgemeinwirkung war etwas grösser als beim Morphin.

Die Pupillen wurden nach grösseren Dosen fast ganz constant, mit etwas geringerer Intensität und Dauer als nach Morphin-Injectionen, verengt gefunden.

3) Narcein.

Das Narcein bekommt man im Handel, — gute Bezugsquellen vorausgesetzt, da auch Verfälschungen vorkommen sollen — ganz rein oder mit einer Spur eines gelblichen Zersetzungsproductes verunreinigt, von der es sich durch Umkrystallisiren leicht befreien lässt, als lockeres weisses Pulver oder in etwas festeren Schollen, die oft auf der einen Seite noch einen Reliefabdruck des Gewebes zeigen, auf welchem sie getrocknet worden

*) Im Auszuge aus Cpt. rend. LIX. 914 in *Canstatts*'s Jahresber. 1865. V. 123. — Es ist im Referat nicht angegeben, ob *B.* das Codein innerlich oder hypodermatisch gegeben hat.

sind. Aus heissem Wasser umkrystallisirt, bildet es ein Magma von feinen Nadeln. Es schmeckt schwach bitter.

Das Narcein steht noch ausserordentlich hoch im Preise; ich beziehe aus der Fabrik die Drachme zu 14 Gulden, nach der Taxe wird der Gran mit 30 Kreuzer, mehr als doppelt so hoch, berechnet. Es kommt im Opium in sehr geringer Menge vor — die *Mulder*'schen Angaben*) von einem Narceingehalt bis zu 13 pCt. sind offenbar irrthümlich —; vielleicht wechselt aber die Menge nach Standort und Alter der Mohnpflanze; es liegt mir eine Angabe vor, wonach aus deutschen *Capita papaveris* eine verhältnissmässig sehr bedeutende Quantität gewonnen wurde. Der hohe Preis erschwert die allgemeinere Anwendung um so mehr, als die Dosirung viel höher gegriffen werden muss als die des Morphins. Die Rücksicht auf Sparsamkeit muss gerade bei dem Narcein die hypodermatische Anwendung bevorzugen.

In kaltem Wasser ist Narcein sehr schwer löslich; das Filtrat einer in der Wärme gesättigten Lösung, die in gewöhnlicher Zimmertemperatur acht Tage lang gestanden hatte, hinterliess auf 1 CC. einen Rückstand von 0,9 Mgr. In warmem Wasser löst es sich viel leichter, doch bedarf es bei der Temperatur des Wasserbades immer noch etwa 30 Theile. Die von *Cl. Bernard* bei Thieren benutzte Lösung in warmem Wasser würde zum Gebrauche bei Menschen zu voluminös sein.

Warmer wasserhaltiger Weingeist löst es reichlich und lässt es beim Erkalten und Stehenlassen fast vollständig wieder fallen. Beim Verdunsten des Filtrats einer solchen kalten Lösung blieb auf je 1 CC. nur 0,7 Mgr. zurück.

In Glycerin löst es sich in der Wärme in mässigem und in der Kälte in sehr geringem Grade.

---

*) Handwörterbuch der etc. Chemie. V. 721.

Der Benutzung einer Lösung in Chloroform steht die örtliche und allgemeine Wirkung des Lösungsmittels entgegen.

Das Narcein ist eine sehr schwache Basis; seine wässrige Lösung reagirt nicht auf Pflanzenfarben, seine Salze werden beim Umkrystallisiren wie beim Abdampfen leicht zersetzt, das Narcein scheidet sich dabei in reinem Zustande wieder aus. Ganz reines Narcein zeigt keine Blaufärbung beim Abdampfen mit Säuren, der Rückstand ist meist gelb gefärbt.

Die Verbindungen des Narceins mit Säuren sind sämmtlich in der Kälte schwer, in der Wärme bedeutend leichter löslich. Ich habe die Narceinsalze der Schwefel-, Salz-, Salpeter-, Phosphor-, Essig-, Weinstein-, Citronen- und Mekonsäure auf ihre Löslichkeit in Wasser, wässrigem Aethyl- und Methylalkohol geprüft und nie eine zur kaltflüssigen Injection hinreichende Löslichkeit gefunden. Die Lösungen haben die Eigenthümlichkeit, gern im Zustande der Uebersättigung zu bleiben und dann plötzlich durch Bewegung und dergl. zu einem Krystallbrei zu erstarren.

Das Narcein löst sich schwer in kohlensauren Alkalien und in Aetzammon, aber sehr leicht und schon in der Kälte in ätzendem Kali und Natron. Säuren und doppeltkohlensaure Alkalien scheiden es aus dieser Lösung wieder aus, ebenso wird es nach dem Verdunsten der der Luft ausgesetzten Flüssigkeit von kaltem Wasser nicht wieder aufgenommen.

2,1 Grm. Narcein wurden in möglichst wenig titrirter, bis auf eine Spur von Kohlensäure freier Aetznatronlauge und Wasser gelöst und mit gleichwerthiger Schwefelsäure bis zum Erscheinen einer bleibenden Trübung versetzt. Es wurden nach Abzug der Schwefelsäure genau 5 CC. Natronlauge verbraucht, die 0,2 Grm. Aetznatronhydrat entsprechen. Das Gesammtvolumen

der Flüssigkeit betrug 35 CC., sie enthielt also 6 (Volum-) Procente Narcein und fast 6 pro mille Aetznatronhydrat.

Die alkalische Flüssigkeit ist sehr unbeständig. Anfangs farblos oder mit einem schwachen Stich in's Gelbe, fängt sie selbst im Winter schon nach wenigen Tagen an, dunkler gelb zu werden; beim Erhitzen geht die Zersetzung viel schneller vor sich, der im Wasserbade erhaltene Verdunstungsrückstand ist dunkelroth. Die Veränderung findet nach Versuchen mit über Quecksilber abgesperrter Lösung ohne nennenswerthe Absorption von Sauerstoff statt. Die gelb gefärbte Flüssigkeit lässt auf Zusatz von Säuren wenig oder gar kein Narcein fallen. Ob sie noch hypnotisch wirkt, weiss ich nicht.

Das Narcein ist auf Anrathen von *Cl. Bernard* durch *Béhier* und *Debout* in die medicinische Praxis eingeführt und namentlich von *Eulenburg* und *Erlenmeyer* vielfach hypodermatisch angewendet worden. Es wurden folgende Lösungen benutzt:

1 Theil salzsaures Salz in 60 Th. Wasser, von *Eulenburg*;

1 Th. Narcein in 120 Th. *Spir. vin. rectificatiss.* und 120 Th. Glycerin;

1 Theil Narcein in 75 Th. *Spir.* und 105 Th. Glycerin, beide letzteren unter Zusatz einer geringen Menge Essigsäure, von *Erlenmeyer*. Alle diese Flüssigkeiten lassen bei gewöhnlicher Temperatur noch Krystalle ausfallen und müssen vor der Anwendung erwärmt werden; sie sind sehr schwach und enthalten im CC. beziehentlich etwa 16, 4, 6 Mgr. Narcein, Mengen, die zur Hervorbringung einer ausgiebigen centralen Narkose viel zu gering sind.

Ich habe mich im Anfange zu meinen Versuchen der oben erwähnten 6procentigen Lösung in Aetznatron, jedesmal in frischem Zustande, bedient. Nachdem ich

gefunden hatte, dass auch die Dosis von 60 Mgr. in vielen Fällen noch zu gering sei, wollte ich doch den Procentgehalt der Lösung, was durch proportionalen Zusatz von Alkali leicht hätte geschehen können, eben dieses wachsenden Alkaligehaltes wegen nicht verstärken, sondern injicirte grössere Quanta von Flüssigkeit. Ich habe indessen später die alkalische Flüssigkeit ganz aufgegeben; die leichte Zersetzlichkeit liesse sich, wenn auch mit Mühe, dadurch paralysiren, dass man die im Voraus in graduirten Reagenzgläsern abgewogenen Mengen jedesmal erst vor der Injection auflöste; der Alkaligehalt giebt aber zu oft zu unangenehmen Nebenerscheinungen Veranlassung.

Die alkalische Narceinlösung bewirkt, wenn sie klar filtrirt ist, in den weitaus meisten Fällen allerdings — ausser einer etwas stärkeren Induration um die Stichstelle, die den Narceinverbindungen im Gegensatz zu denen des Morphins überhaupt eigenthümlich ist, wie auch *Erlenmeyer* gefunden hat — gar keine Localerscheinungen. In seltnen Fällen bemerkt man gleich nach der Injection auf der Mitte der erhobenen Hautstelle eine bräunlichrothe Verfärbung, und in etwa $\frac{1}{8}$ aller Fälle auf dieser Verfärbung oder ohne solche die Erhebung einer erbsen- bis linsengrossen Blase, die ganz das Ansehen einer Vesicator- oder Verbrennungsblase hat und nach 1 bis 2 Tagen vertrocknet; der Schorf fällt dann ohne weitere Erscheinungen ab. Einmal — bei einer alten decrepiden Frau — erhob sich eine solche Blase im ganzen Umfange der von 1 CC. Flüssigkeit aufgetriebenen Hautpartie, und nach etwa 8 Tagen musste unter dem Schorfe ein torpider Abscess geöffnet werden, der dann rasch verheilte. Solche torpiden Abscesse sind mir aber, auch ohne Blasenbildung, nach Narcein-Natron-Einspritzungen noch öfter und viel mehr als bei jedem anderen Alkaloid vorgekommen, so dass

ich sie unbedenklich der reizenden Einwirkung des Aetzalkalis zuschreibe. Die absolute Menge der Flüssigkeit war ohne deutlichen Einfluss auf das Auftreten eines Abscesses; 3 bis 4 CC. wurden oft gut vertragen, während bei Anderen nach ½ CC. Abscedirung eintrat; ebenso zeigte sich die Wirkung verschiedener Einspritzungen bei demselben Individuum sehr verschieden. Ein einziges Mal wurde (von Dr. *Werle*) eine acute Phlegmone beobachtet.

Ich bin deshalb wieder auf erwärmte Lösungen von Narceinsalzen zurückgekommen, die keine Abscesse hervorrufen, in ihrer hypnotischen Wirkung aber den alkalischen Lösungen ganz gleich stehen. Man kann, wenn man einmal warme Flüssigkeiten in Gebrauch ziehen will, sehr starke Concentrationen anwenden. Während ein Theil salzsaures Narcein etwa 65 Th. kaltes Wasser erfordert, löst sich 0,25 Grm. Narcein — also 4 Gran — mit der nöthigen Salzsäure in 1 CC. heissem Wasser und bleibt bei schnellem Erkalten bis auf Blutwärme so lange Zeit gelöst, als zur Injection erforderlich ist, vorausgesetzt, dass man schnell operirt. Für gewöhnlich wird man mit einem Gehalte von 10 bis 15 Procent Narcein ausreichen; da man der constanten Zusammensetzung des festen salzsauren Salzes nicht sicher ist und bei dessen Bereitung ausserdem Verluste erleidet, so löst man am besten reines Narcein mit Salzsäure und Wasser zu dem gewünschten Volumen auf. 1 Grm. Narcein bedarf stöchiometrisch nicht ganz 0,08 Grm. wasserfreie Salzsäure oder das Vierfache der officinellen Säure von 1,12 spec. Gew.; es genügt aber wegen der reichlichen Löslichkeit des reinen Narceins in der Wärme auch eine etwas geringere Säuremenge. Die Lösung muss durch einen Heissfiltrirtrichter filtrirt werden.

Bei dieser Anwendungsweise leidet ein Hauptvor-

theil der subcutanen Injection, die mathematisch genaue Dosirung, stark Noth, da sich durch das bei verschiedenen Temperaturen wechselnde Volumen und die quantitativ unbekannte Verdunstung sowohl beim Bereiten der Flüssigkeit als bei der therapeutischen Anwendung Fehler nicht umgehen lassen. Es ist am zweckmässigsten, kleinere Mengen der Flüssigkeit in Reagenzgläser zu vertheilen, um nicht immer den ganzen Vorrath auflösen zu müssen. Solche Reagenzgläser können in sehr heisses Wasser gestellt werden und gestatten ebenso eine schnelle Abkühlung durch Eintauchen in kaltes Wasser, was beides bei dickwandigen Standgefässen nicht angeht. Sind sie nicht über 1½ bis 2 Zoll lang, so kann man aus ihnen die vorher erwärmte Spritze direct füllen.

In einem Falle von frischer Neuralgie im Gebiete des ersten Trigeminusastes, bei einem Krankenwärter, habe ich mich überzeugt, dass eine unter die Stirnhaut gemachte Einspritzung von 15 Mgr. Narcein nach zwei Minuten eine sichtliche Linderung und nach 15 Minuten ein vollständiges temporäres Aufhören der Schmerzen bewirkte. Eine Allgemeinwirkung tritt aber, wenn überhaupt, auch nach Einspritzung in die relativ günstigsten Hautstellen, viel langsamer ein. Es sind, ohne dass die Abweichungen der Höhe der Gabe proportional wären, etwa ½ bis 1½ Stunden, sehr selten weniger, zuweilen mehr, bis zum Eintritte einer centralen Narkose erforderlich.

Meine Versuche an relativ gesunden, harmlos schwachsinnigen Individuen ergeben für Mengen unter und bis 60 Mgr. Narcein gar keine Einwirkung irgend welcher Art. Der Zustand des Sensoriums wurde durchaus nicht verändert, ebensowenig der Puls, die Blutwärme und die Respiration.

Einen 40jährigen Blödsinnigen, bei dem am Tage vorher zu derselben Zeit der Puls zwischen 72 und 76,

und die Temperatur zwischen 37°,15 und 37°,25 geschwankt hatte, wurden bei einem Puls von 68 und einer Temperatur von 37°,1 120 Mgr. injicirt. Es ergab sich gar keine Wirkung auf das Sensorium, der Puls hielt sich mit seltener Regelmässigkeit auf 68, die Temperatur fiel in 1½ Stunden auf 36°,95, also um 0°,15.

Dieselbe Quantität und ebenfalls am Oberarm erhielt ein 63jähriger Schwachsinniger, der zum Schlafen sehr geneigt ist. Am Tage vorher hatte zur Versuchszeit der Puls constant 104 betragen bei einer Temperaturschwankung zwischen 37°,95 und 37°,85 Unmittelbar vor der Einspritzung P. 100, T. 37°,85; in der ersten halben Stunde nach der Injection P. 96 bis 104. Nach einer halben Stunde schlief der Beobachtete ein, wachte aber zuerst bei der geringsten Berührung und bei leisen Geräuschen wieder auf; nach einer weiteren Viertelstunde wurde der Schlaf tiefer, leise Berührungen verursachten keine Reaction mehr, bei stärkeren erwachte er, schlief aber gleich wieder ein; nach 20 Minuten wurde der Schlaf wieder sehr leise und hörte bald ganz auf. P. seit dem Anfange des Schlafes 88 bis 92, die Temperatur fiel stetig und betrug nach zwei Stunden 37°,6, also 0°,25 weniger als vor der Einspritzung.

240 Mgr. wurden einem 43jährigen herkulischen Schwachsinnigen am Oberarm eingespritzt. Am Tage vorher zur Versuchszeit P. 84 bis 92, T. 37°,8 bis 37°,9; vor dem Versuche P. 92, T. 37°,8. Nach der Injection betrug die Pulsfrequenz stets 88 oder 92, nur einmal nach 17 Minuten 84; die Temperatur sank nach 35 Minuten auf 37°,65, nach 1½ Stunden auf 37°,4, fiel daher im Ganzen um 0°,4. Die Pupillen fingen nach etwa 15 Minuten an deutlich enger zu werden und blieben etwa eine Stunde verengt. Nach etwa ¾ Stunden zeigte der Beobachtete deutliche Symptome von Müdig-

keit, er gähnte viel, rieb sich häufig die Augen und schlief auf Augenblicke ein; nach einer weiteren halben Stunde war davon Nichts mehr zu bemerken.

Ein 36 jähriger Blödsinniger, der öfter leise für sich lacht und spricht, erhielt 180 Mgr. und nach 1¼ Stunden dieselbe Quantität, also zusammen 360 Mgr. Narcein. Am Tage vorher P. 104 bis 96, T. constant 37°,7; vor dem Versuche P. 84, T. 37°,7. Nach der Injection schwankte der Puls unregelmässig zwischen 72 und 88, nach einer Stunde aber nur zwischen 80 und 84, die Temperatur war eine Stunde nach der Einspritzung auf 37°,9 gestiegen, und eine Stunde später wieder auf 37°,8 gesunken, betrug also immer noch 0°,1 mehr als vor der Einspritzung. Die ersten Zeichen von Müdigkeit traten 35 Minuten nach der ersten Injection auf, zu einem wirklich andauernden Schlafe kam es indessen nicht; auch wurde keine Abnahme des gewöhnlichen Plapperns bemerkt; nach etwas mehr als einstündiger Dauer der Schläfrigkeit war der Beobachtete wieder so munter wie vorher.

An sämmtlichen Versuchspersonen wurde keine Spur einer üblen Nachwirkung beobachtet.

Es geht aus diesen Versuchen hervor, dass in Bezug auf die Intensität der Einwirkung, soweit ein Vergleich zulässig ist, das Narcein dem Morphin sowohl überhaupt, als auch namentlich in Ansehung der Höhe der Dosis ausserordentlich nachsteht. Die hypnotische Wirkung war so schwach, dass sie, wenn das Narcein als Hypnoticum nicht schon bekannt gewesen wäre, fast hätte übersehen werden können. Nach den Versuchen an Thieren sind etwa gleich grosse Quantitäten Morphin und Narcein zur Einschläferung nöthig, bei Menschen dagegen hatten die erwähnten grossen Mengen Narcein nicht entfernt den narkotischen Erfolg, den man nach etwa 30 Mgr. Morphin zu sehr gewohnt ist. Eine

deutliche Verminderung der Pulsfrequenz konnte weder überhaupt, noch in den ersten Minuten nach der Einspritzung (*Eulenburg*) constatirt werden. Eine mässige Temperaturherabsetzung (von 0,15 bis 0,4) war in drei der obigen Fälle allerdings vorhanden; in dem vierten aber, bei der grössten Dosis, trat keine erniedrigte, sondern sogar eine etwas erhöhte Temperatur ein.

Bei unruhigen Geisteskranken ist die schlafmachende Wirkung entschieden ausgeprägter. Der Schlaf tritt aber in ganz anderer Weise ein als nach Morphin-Einspritzung. Von Schwindel, Betäubung, von Congestionserscheinungen ist keine Rede, der Kranke schläft ein, nachdem er ein mehr oder weniger langes Stadium deutlicher Müdigkeit durchgemacht hat. Es kommt allerdings vor, dass unmittelbar nach der Injection ein kurzer furibunder Tobsuchtsausbruch erfolgt; es handelt sich aber dann jedesmal um eine Explosion, die dem Widerwillen des Kranken gegen die Operation des Einspritzens ihren Ursprung verdankt, wie sich aus dem Inhalte der Aeusserungen des Patienten und seinen Angriffen auf den Arzt und sein Armamentarium leicht ergiebt, um eine Explosion, die nach nicht-narkotischen Einspritzungen ebensogut auftritt.

Der Narceinschlaf ist lang dauernd, oft fast zwölfstündig, sehr ruhig und tief; durch das Bedürfniss Urin zu lassen, wird er aber fast immer unterbrochen; der Kranke schläft dann sehr rasch wieder ein, ebenso wie wenn er, was nicht schwer fällt, durch äussere Veranlassung geweckt worden ist. Ein Stadium von Abgespanntheit u. s. w., wie es dem Morphin und auch dem Codein eigenthümlich ist, habe ich nach Narcein niemals beobachtet. Zuweilen tritt im unmittelbaren Gefolge der Einspritzung kein Schlaf, sondern nur grössere Ruhe ein, bei der wiederum niemals Betäubung, nur Müdigkeit beobachtet wird.

Die Magensymptome, die die Morphin-Injectionen so unangenehm machen, fehlen bei dem Gebrauche des Narceins vollständig. Ich habe in zwei Fällen Erbrechen gesehen. In dem einen handelte es sich um einen kachektischen Siebziger, der ausser mit Blödsinn mit den mannigfaltigsten chronischen Leiden behaftet war; eine Injection von 120 Mgr. verschaffte ihm nicht die geringste Nachtruhe, am nächsten Morgen brach er; es waren in seinem sonstigen Befinden Momente genug, die das Erbrechen erklären konnten. Der andere Fall betraf eine ältere Frau, die vor der Operation eine ungemessene Furcht hatte; unmittelbar nach der Einspritzung — von 30 Mgr. — fiel sie ohnmächtig zusammen und erbrach nach dem Wiederzusichkommen; eine Narkose wurde nicht erzielt.

Dass nach wiederholter Anwendung von Narcein Verstopfung eintrete, ist von verschiedenen Beobachtern festgestellt worden. Da ich nicht in der Lage war, die betreffenden Kranken, auf deren subjective Angaben man sich nicht verlassen konnte, genügend zu isoliren, so kann ich über die obstipirende Wirkung der Injectionen keine sicheren Angaben machen; in der Form von Klystieren — zu 15 Mgr. — hat sich mir aber das Narcein als ein vorzügliches Styptikum bewährt.

Die von *Béhier* angegebene Suspension der Harnentleerung, die von *Eulenburg* nciht bestätigt werden konnte, habe ich auch bei meinen grossen Dosen niemals bemerkt.

Eine Verminderung der Pulsfrequenz, die sich nicht aus der gleichzeitigen Abnahme der motorischen Unruhe erklären liess, kam bei unruhigen Kranken mehrfach vor, gehörte aber doch eigentlich zu den Ausnahmen. Es zeigte sich theils ein rapides Herabsinken um höchstens 16 Schläge in den ersten 2 bis 3 Minuten nach der Injection, das dann ebenso schnell wieder ver-

schwand, und auch bei einem und demselben Individuum ganz inconstant war; theils eine etwa ebenso grosse Verminderung, die sich erst in längeren Zeiträumen allmälig herstellte und an Durchschnittszahlen am deutlichsten war.

Ein Herabgehen der Temperatur war viel constanter, auch bei sonstiger Unwirksamkeit der Injection; es trat meistens nach etwas mehr als einer halben Stunde ein und währte durch etwa 1½ Stunde fort, nach derem Ablaufe sich die Blutwärme wieder langsam hob. Die Grösse der Differenz war sehr verschieden und der Höhe der Dosis nur undeutlich proportional; der grösste beobachtete Unterschied betrug 0°,85 (38°,05 bis 37°,2) nach 360 Mgr. Ein Steigen des Thermometers kam ausser dem einen oben erwähnten Falle nicht vor. Ebenso steht die oben angeführte Pupillenverengerung ganz isolirt da; es zeigte sich sonst niemals ein Einfluss auf die Bewegungen der Iris.

Eine deutliche Verminderung der normalen Respirationsfrequenz hat sich nicht herausgestellt.

Von der vorzüglichen lindernden Einwirkung der Narcein-Einspritzungen auf schmerzhafte peripherische Processe, auf Hustenreiz und dergl. habe ich mich gelegentlich überzeugt.

Ueber die Dosirung des Narceins spricht sich *Eulenburg* dahin aus, dass man, um einen einigermaassen sicheren narkotischen Effect hervorzurufen, etwa doppelte Gaben wie vom Morphin anwenden müsse, während für die blos calmirende und antodynische Wirkung meist auch kleinere Dosen genügen. Diesem Ausspruche kann ich mich nach meinen Erfahrungen, besonders was den ersten Theil betrifft, durchaus anschliessen. Einspritzungen von 30, 40 Mgr. hatten nur in den seltensten Fällen Schlaf zur Folge; 60 Mgr. bewirkten in vielen Fällen schon einen sehr ausgiebigen Schlaf. Sehr häufig musste

dagegen höher gestiegen werden, und 90, 120, 180, 240 Mgr. zeigten oft eine vorzügliche Wirkung, wenn kleinere Mengen nichts ausgerichtet hatten. Aber auch diese Quantitäten waren zuweilen ganz wirkungslos, und in einem Falle habe ich selbst innerhalb 1½ Stunden 480 Mgr. verbraucht, ohne irgend welchen Erfolg zu erzielen.

Dass in solchen Fällen eine absolute Immunität gegen die Wirkung des Narceins vorliege, ist damit noch nicht erwiesen; eine noch weiter gehende Steigerung der Dosis verbietet sich eben sowohl aus finanziellen Gründen als deshalb, weil damit die eigentliche Grenze der hypodermatischen Methode überschritten würde.

Ein qualitativer Unterschied in der Wirkung kleinerer und grösserer Mengen wurde niemals wahrgenommen. Eine Gewöhnung an das Mittel findet auch bei subcutaner Anwendung unzweifelhaft statt, und tritt oft so schnell ein, dass schon bei der sechsten Einspritzung etwa eine Steigerung der ursprünglich wirksamen Dosis erforderlich wird.

Für die Anwendung des Narceins bei acuter Tobsucht standen mir nur zwei Fälle zu Gebote. Bei dem einen, einem kräftigen 26jährigen Manne, zeigten sich auf Injectionen bis zu 360 Mgr. neben deutlicher Verminderung der Pulsfrequenz und beträchtlicher Temperaturherabsetzung nur Spuren von Beruhigung, während 30 Mgr. Morphin bei demselben unverkennbar narkotisch einwirkten.

Der andere, ein anämischer Schuhmacher von 21 Jahren, kam nach 14tägigem Bestehen der Krankheit in grosser motorischer Aufregung in die Anstalt, reconvalescirte aber schon am nächsten Tage. Drei Wochen darauf trat plötzlich ein Recidiv auf, mit grosser Unruhe und ausserordentlicher Beweglichkeit, lautem Sprechen und Zanken, Heulen und Weinen, wobei Puls und Respiration auf das äusserste beschleunigt waren. Nach dem

Einnehmen von 30 Tr. *Tinct. Op. simpl.* schlief der Kranke die Nacht hindurch, am nächsten Tage trat der tobsüchtige Zustand unverändert wieder auf und blieb so acht Tage lang, trotz Injectionen bis zu 60 Mgr. Narcein und später von 30 Mgr. Morphin. Nach wiederum dreiwöchentlicher, vollständiger Reconvalescenz trat ebenso plötzlich ein zweites Recidiv desselben Charakters ein; nach 6stündigem Bestehen wurden 180 Mgr. Narcein eingespritzt. Die Unruhe hörte nach 1¼ Stunden plötzlich auf, im Verlaufe des Nachmittags bot der Kranke das Bild vollständiger geistiger Gesundheit, er schlief ruhig während der ganzen Nacht, mit dem Erwachen stellte sich aber die Tobsucht in ihrer früheren Intensität wieder ein; sie wurde nunmehr von weiteren 180 Mgr., und am nächsten Tage von 360 Mgr. nicht verändert. Nach 8 Tagen erfolgte dauernde Reconvalescenz.

Ein ähnliches Resultat, nämlich ein schnell vorübergehendes Zurücktreten aller krankhaften Erscheinungen, erzielte Dr. *Vix* in Darmstadt bei zwei acut Tobsüchtigen durch Einspritzung von ¾ und 1 Gran salzsaurem Narcein in leichtem Chloroformrausche. Die eine dieser Kranken wurde einen Tag später in Heppenheim aufgenommen, und dort auf meinen Wunsch von dem 2ten Arzte, Dr. *Werle*, mit Narceininjectionen behandelt. Sie consumirte in einem Tage in sechs Einspritzungen 480 Mgr. Narcein, ohne den geringsten Erfolg.

Frische Fälle von Melancholie standen mir nicht zu Gebote. Dass ich in einem Falle von Melancholie mit ununterbrochenen Angstäusserungen, der schon mehrere Jahre dauerte, 480 Mgr. vergeblich anwendete, ist bereits erwähnt. Bei einer anderen, ebenfalls schon seit einigen Jahren bestehenden Melancholie mit fortwährendem Jammern und gelegentlichen Explosionen gegen die Umgebung hatten kleinere Dosen gar keinen, solche von 120 Mgr. aber wenigstens den Erfolg, dass die Kranke

gut schlief und durch längere Zeit, mehr als eine Woche lang, nicht isolirt zu werden brauchte.

Herr Dr. *Werle* hat auf meine Veranlassung auch an Melancholikern einige Versuche mit Narceineinspritzungen bis zu 120 Mgr. angestellt; der Erfolg war sehr unbedeutend, namentlich wurden die Präcordialsymptome nicht verändert; es wäre möglich, dass mit grösseren Gaben und längerer Anwendung hier mehr ausgerichtet werden könnte.

Gegen das anfängliche Erregungstadium bei Grössenwahn mit Lähmung habe ich das Narcein erst einmal anwenden können und habe keinen Erfolg davon gesehen; gegen die Zustände von Aufregung, die nach längerem Bestehen der allgemeinen Paralyse vorzukommen pflegen, wenn der Kranke bereits tief verblödet und hülflos geworden ist, leistet es dagegen sehr schätzbare Dienste, selbst in geringeren Mengen.

Hieran schliessen sich die mit gesteigerter Unruhe verbundenen Fälle von Marasmus in Folge verschiedener körperlichen Leiden an; man kann hier das Narcein noch mit gutem Erfolge bei einem Grade von Schwäche anwenden, der das Morphin des Brechens wegen unbedingt verbietet.

Gegen motorische Exacerbationen bei Verrücktheit, Schwach- und Blödsinn habe ich das Narcein sehr vielfach und mit grossem Vortheil benutzt. Die beruhigende und schlafmachende Wirkung trat viel öfter als nach Morphin, in weit mehr als der Hälfte der Fälle ein. Im Allgemeinen war sonst die Allgemeinwirkung des Narceins der des Morphins sehr ähnlich, und es stellte sich namentlich heraus, dass ein Nichteintreten des Erfolges allem Anscheine nach vorzugsweise auf individuellen Verhältnissen beruht. Die Machtlosigkeit gegen die typisch verlaufenden Formen theilt das Narcein mit dem Morphin, ebenso die geringe Wirksamkeit gegen

die mit sehr ausgeprägten Hallucinationen der oberen Sinne verknüpfte Unruhe, während es die abnormen Sensationen gleichfalls zu beschwichtigen pflegt.

Die Wirkung war gleichfalls entweder dauernd oder vorübergehend. Im ersteren Falle tritt mit dem Aufhören des ersten Schlafes die Unruhe, die nach den früheren Erfahrungen an demselben Kranken ohne Medication noch längere Zeit würde gedauert haben, nicht wieder auf, der Kranke erscheint vielmehr sofort wieder in dem Zustande, den er sonst in besseren Zeiten geboten hat, also namentlich auch geistig viel freier; oder es tritt bei tief verblödeten Kranken wenigstens die triebartige Beweglichkeit, die sich in unverständlichem Schreien, in Zerstören von Kleidern, Möbeln und Wänden äussert, ganz auffallend, oft für Wochen und Monate zurück. Diese letztere Erscheinung habe ich mehrmals beobachtet; sie ist sehr auffallend, weil bei dem Zustande der Intelligenz eine durch das Mittel herbeigeführte Fähigkeit zu cohärenterem Denken und besserer Verarbeitung äusserer Eindrücke nicht vorausgesetzt werden kann, und weil sie nicht einmal, wie oft bei dem Morphin, als durch Ableitung, durch Erregung eines längerdauernden unangenehmen Allgemeinzustandes entstanden angesehen werden darf.

Natürlich ist der Grad und die Dauer der momentanen psychischen Besserung sehr verschieden, und in vielen Fällen muss man sich eben auch bei dem Narcein damit begnügen, einen einmaligen Schlaf von 6 bis 10 Stunden und allenfalls ein nachfolgendes kurzes, halb- bis eintägiges Ruhestadium hervorgerufen zu haben. Da aber unangenehme Erscheinungen, die eine Erholung des Kranken erheischten, ganz fehlen, so unterliegt es gar keinem Anstande, die Injectionen in kürzeren Zwischenräumen, nach 1 bis 3 Tagen zu wiederholen. Auf diese Art ist es mir öfter gelungen, die vorübergehende

Besserung zu einer dauernden zu machen, die dann den weiteren Fortgebrauch des Mittels nicht mehr erforderte.

Gegen die Tobsuchtsparoxysmen der Epileptiker, wie sie nach mehr oder weniger gehäuften Krampfanfällen mit ekstatischen Zuständen vergesellschaftet aufzutreten pflegen, ist die Wirkung des Narceins eine ganz vorzügliche. In der Regel wird durch eine einzige Injection das ganze bedrohliche Krankheitsbild wie mit einem Zauberschlage beseitigt, der Kranke erwacht aus der Narkose mit seinem gewöhnlichen harmlosen Schwachsinne. Ueber eine etwaige Wirkung des Narceins gegen die epileptischen Krämpfe selbst, sowie gegen andere Krampfformen, habe ich noch keine Erfahrung; *Eulenburg* hat einmal bei hysterischen Convulsionen und spastischer Contractur vorzüglichen Erfolg gesehen.

4) Thebain.

Ich habe es theils bei Ruhig-Schwachsinnigen, theils bei Unruhigen in Mengen von 15 bis 120 Mgr. mit Chlorwasserstoff verbunden eingespritzt. Schon oben wurde gelegentlich erwähnt, dass sich nach diesen Injectionen um die Stichstelle herum fast ganz constant und viel häufiger als nach jedem anderen Mittel die Bildung von grossen, confluirenden, weissen Quaddeln auf hyperämischem Grunde beobachten liess; diese Erscheinung pflegte mehrere Stunden zu dauern.

Ein Eintritt von Schlaf oder grösserer Ruhe liess sich, wie eine Einwirkung auf die Centralorgane des Nervensystems überhaupt, nicht wahrnehmen. Namentlich trat auch die von Anderen zuweilen gesehene Erweiterung der Pupillen nicht auf.

Die Pulsfrequenz wurde nicht alterirt, ebensowenig die Temperatur in den nächsten Stunden nach der Einspritzung. Es wäre möglich, dass in zwei Fällen, nach den oben genannten höchsten Gaben, eine in den nächsten

Tagen beobachtete, durchschnittlich bedeutende Erniedrigung der Wärme im Rectum, der Thebainwirkung zugeschrieben werden müsste; bei diesen Kranken wechselte indessen auch sonst der Thermometerstand so unregelmässig, dass ich mir ein Urtheil nicht bilden kann.

5) Narkotin

habe ich als schwefelsaures Salz in Mengen bis zu 120 Mgr. ohne allen und jeden Erfolg eingespritzt.

6) Papaverin

bis zu denselben Mengen in Verbindung mit Salzsäure eingespritzt influirte gleichfalls weder auf die Unruhe noch auf Puls und Temperatur.

Dass es indessen doch eine Wirkung auf die Centralorgane hat, geht daraus hervor, dass sich bei den grösseren Dosen fast constant eine etwa nach einer Stunde auftretende und mehrere Stunden anhaltende Myosis zeigte.

Von den sechs erwähnten Alkaloiden sind sonach nur die drei ersten, Morphin, Codein, Narcein, zu Hervorrufung einer centralen Narkose zu brauchen.

Für das Codein haben sich keine Gesichtspunkte ergeben, die ihm einen Vorzug vor dem Morphin, dem es ausserordentlich nahe steht, und dem Narcein zusprechen liessen. Seine Anwendung würde nur etwa dann zu versuchen sein, wenn Morphin wie Narcein wirkungslos wären.

Das Morphin ist ungleich wohlfeiler als das Narcein und bietet keine technischen Schwierigkeiten für die Anwendung dar, es hat also äussere Vorzüge, die immerhin nicht zu verachten sind. Es wirkt entschieden von allen Opiumalkaloiden am eingreifendsten, aber diese

Wirkung ist keineswegs eine rein narkotische, und auch die erzeugte Narkose hat gar viele Eigenthümlichkeiten, die für die Therapie sehr unerwünscht sein können. Wenn die Narkose ausbleibt, was nicht selten ist, hat man keineswegs einen rein negativen Effect zu verzeichnen, sondern muss trotzdem in der Regel die Complication der Magenerscheinungen u. s. w. mit in den Kauf nehmen. Es hat den Nachtheil, dass wenigstens bei den hohen Gaben, die für Geisteskranke oft erforderlich sind, die Dosis, die noch wirkungslos ist und die, welche schon als toxisch bezeichnet werden muss, ausserordentlich nahe neben einander liegen können. Die Contraindicationen seiner Anwendung sind schon früher hervorgehoben worden.

Das Narcein hat gar keine Contraindicationen, und in den Fällen, die das Morphin (und zugleich das Codein) anzuwenden nicht gestatten, ist es das einzige vorhandene Mittel aus dieser Klasse. Man kann es bei allen Kranken, die man nicht brechen lassen darf, und bei allen, die keine Blutwallungen vertragen, ungestraft anwenden. Aber auch, wo beide Mittel gleich zulässig sind, hat das Narcein bedeutende Vorzüge. Es ist das vorzüglichste Hypnoticum, welches wir kennen; der Schlaf, den es hervorruft, ist von dem normalen nicht zu unterscheiden, die Erregung von Schwindel, dumpfer Betäubung und anderen Symptomen, die die Morphinwirkung zu begleiten pflegen und die niemals Gegenstand einer Indication sein können, ist ihm fremd. Wenn man es in der Gewalt hat, neben Erreichung des Hauptzweckes, der Hervorrufung von Schlaf oder Ruhe, den Kranken in einen Zustand der Euphorie oder Dysphorie zu versetzen, wird man gewiss den ersteren wählen; das Narcein wirkt nie dysphorisch, das Morphin sehr oft. Eine selbst beträchtliche Ueberschreitung der erforderlichen Dosis bringt niemals Schaden; man wird deshalb

berechtigt sein, in Fällen, die keinen Aufschub gestatten, die Dosis ziemlich hoch (100 bis 150 Mgr.) zu greifen und sehr häufig damit Mühe, Zeit und Geld sparen.

Abgesehen von dem Fehlen aller Complicationen ist die hypnotische Wirkung des Narceins sicherer als die des Morphins, weil sie procentisch häufiger ist. Es giebt auch nach meinen Beobachtungen unzweifelhaft Fälle, die dem Narcein widerstehen, während sie auf Morphin reagiren, wie umgekehrt; dass eine innerliche Anwendung eines dieser Mittel eine centrale Narkose schaffen könnte, wo die hypodermatische Methode im Stiche lässt, ist nicht anzunehmen; das Umgekehrte findet aber sehr häufig statt.

Ich halte es für durchaus gerechtfertigt, bei allen Kranken, die man mit Hülfe eines Opiumalkaloids in Ruhe oder Schlaf versetzen will, zuerst das Narcein zu versuchen, und erst wenn dieses sich wirkungslos erweist, das Morphin in Anwendung zu ziehen. Allzuviel darf man sich aber von der Wirkung beider Mittel bei Psychosen nicht versprechen, man darf namentlich nicht den Maassstab ihrer Wirksamkeit gegen Hyperästhesieen und Neuralgieen anlegen. Wenn die vereinzelten guten Erfolge bei acuten Formen auch wiederholte Versuche empfehlen, so wird man sich doch für eine erfolgreiche Behandlung vorzugsweise auf die chronischen Fälle hingewiesen sehen.

II. Haschisch.

Die Wirkung des indischen Hanf-Extractes ist bekanntlich bei verschiedenen Personen ausserordentlich verschieden; während viele gar nicht darauf reagiren, gerathen andere in einen Zustand, der in der That nach Abzug dessen, was auf nationale Verschiedenheiten zu setzen ist, dem von den orientalischen Haschischverehrern geschilderten specifischen Rausche gleicht. Ein früherer

hiesiger Arzt hatte *Extr. Cann. ind.* verschiedenen Kranken, die an Melancholie mit Stupor litten und den Uebergang in Blödsinn befürchten liessen, in Mengen bis zu 1½ Gran gereicht, um sie aus ihrer Lethargie herauszureissen. Da er nie irgend welchen Erfolg beobachtete, nahm er dieselbe Menge selbst ein. Nach einer Stunde stellte sich plötzlich ohne alle Vorboten eine sehr bedeutende Steigerung der Phantasie mit Hallucinationen und barocken Ideen-Associationen ein, die später von einem Gefühle enormer Leichtigkeit mit Neigung zu extravagirenden Muskelbewegungen abgelöst wurde; das Bewusstsein ging nicht verloren, es zeigte sich nur eine abnorme Gleichgültigkeit gegen einen etwaigen ungünstigen Ausgang der Intoxication, die als solche ganz richtig aufgefasst wurde. Nach 1½ Stunden schwand der ganze Zustand allmälig ohne Nachwirkungen.

Bei *Eulenburg* findet sich erwähnt, dass *Tinct. Cann. ind.* mehrfach erfolglos gegen Tetanus subcutan injicirt worden sei. Er selbst hat es in ganz kleinen Dosen, 3 bis 6 Gran Tinctur, mit dem gleichen Volumen Wasser verdünnt — was ich nicht empfehlen möchte, da dadurch das Harz in schmierigem Zustande ausgeschieden werden muss —, in einem Falle von chronischer Miliartuberculosis benutzt, nachdem das Morphin nicht mehr wirkte, und dadurch bessere Nachtruhe erzielt.

Ich habe mehrfache Versuche bei Geisteskranken der oben bezeichneten Kategorie mit hypodermatischer Einspritzung von Hanf-Extract (6 procentige Lösung in *Spir. vin. rectificatiss.*) gemacht. Es stellte sich nie die geringste Wirkung heraus, und selbst in einem Falle, wo, um die Sache auf die Spitze zu treiben, nach und nach in zwei Stunden 720 Mgr. Extract an verschiedenen Körperstellen eingespritzt wurden, zeigte sich nur eine geringe Irregularität des Pulses und eine Temperaturerhöhung um 0°,2, die, wenn sie überhaupt von Be-

deutung war, vielleicht den 12 CC. Alkohol zugeschrieben werden musste.

In allen Fällen bildete sich nach und nach um die Stichstelle eine schmerzlose und kaum hyperämische Geschwulst, die fast regelmässig, aber ausserordentlich langsam, meist erst nach sechs bis acht Wochen, zu Vereiterung führte. Nur zweimal bildete sich die Verhärtung allmälig zurück.

Die hieraus und aus dem Verhalten der Tinctur gegen Blutserum sich ergebende Vermuthung, dass der wirksame — harzige — Bestandtheil des Extractes einer schnellen Resorption aus dem Unterhautbindegewebe nicht fähig sei, wurde durch die an denselben Versuchspersonen beobachteten Resultate der innerlichen Anwendung bestätigt. Vier Kranke, die früher Injectionen von je 180 Mgr. Extract erhalten hatten, nahmen dieselbe Quantität innerlich. Bei zwei blieb auch hier die Wirkung aus, eine klagte den ganzen Nachmittag über Schwindel und Betäubung, die vierte aber wurde sehr erheblich afficirt. Etwa eine halbe Stunde nach dem Einnehmen wurde sie, die seit mehr als Jahresfrist kaum ein Wort gesprochen und zu jeder Beschäftigung unlustig, dunkle Ecken gesucht hatte, wo sie in schlaffer Haltung zusammengekauert zu sitzen pflegte, plötzlich lebhaft, lief im Zimmer umher, griff plan- und zwecklos die Möbel an, antwortete auf Anfragen zusammenhängend und richtig und war überhaupt nicht so abstossend wie sonst. Sie fühlte sich indessen offenbar nicht wohl und verlangte ins Bett; der Puls war bis zur Unzählbarkeit beschleunigt, die Haut, auch die des Kopfes nicht heiss, die Respirationsfrequenz nicht auffallend vermehrt, die Pupillen waren enorm erweitert. Die stürmischen Erscheinungen liessen nach etwa 3 Stunden nach, Nachts erfolgte guter Schlaf, am nächsten Morgen war noch grössere Zugänglichkeit zu bemerken, am

Nachmittag aber der frühere Zustand vollständig wieder eingetreten.

Nach dem Erwähnten glaube ich nicht, dass die hypodermatische Anwendung des *Extr. Cann. ind.* eine Zukunft hat.

III. Abführmittel.

Ich habe schon früher erwähnt, dass man bei widerstrebenden Kranken zuweilen genöthigt ist, Evacuantien mit der Schlundsonde beizubringen, weil Klystiere entweder keine Wirkung haben, oder weil sich der Kranke ihnen so heftig widersetzt, dass man, selbst wenn es gelungen sein sollte, die Spitze des Instrumentes in das Rectum einzuführen, noch eine Durchbohrung der Schleimhaut befürchten muss. Blödsinnige mit melancholischer Färbung, namentlich mit Vergiftungsideen, geben oft, bevor sie sich Angesichts des gesammten Thesaurus von Zwangsmitteln zur Einnahme des absolut erforderlichen Abführmittels entschliessen, durch ihr lärmendes Widerstreben zu den peinlichsten Auftritten Veranlassung. Es lag deshalb nahe, eine Beseitigung dieser Uebelstände durch subcutane Injection zu versuchen.

Dass man durch Einführung verschiedener Substanzen in den Blutkreislauf die Darmschleimhaut zu vermehrter Secretion anregen kann, ist sicher, auch abgesehen von den zweifelhaften Beobachtungen über die laxirende Wirkung der Einreibungen von Crotonöl oder Coloquinten-Extract. Es steht nach den Versuchen von *O. Weber* fest, dass man durch Injection der chemischen Hauptbestandtheile des zersetzten Eiters, Buttersäure, Schwefelammonium und Schwefelwasserstoff, namentlich des letzteren, Entzündungen der Darmschleimhaut von einfacher Hyperämie bis zu croupartiger Exsudation und cholera-ähnliche Reiswasserstühle hervorrufen kann. Die genannten Stoffe empfehlen sich wegen ihrer sonstigen

deletären Wirkung nicht zu therapeutischen Versuchen; das Schwefelammonium ist von *Hirsch* in Mainz als Antidotum gegen die von ihm supponirte Cyan-Intoxication im *Stadium algidum* der Cholera, also unter Verhältnissen, die es nicht gestatten, auf die Wirkungsäusserung in anderen Fällen zu schliessen, hypodermatisch in Anwendung gezogen werden.

Es war von vornherein klar, dass bei der Einspritzung unter die Haut viel grössere Gaben erforderlich sein würden, um einen genügenden Erfolg zu erzielen, als bei Application auf die Verdauungsschleimhaut selbst; die Analogie dafür war z. B. durch das Verhalten des Atropins gegeben, welches subcutan, selbst in der Schläfegegend eingespritzt, nicht entfernt so mydriatisch wirkt, als wenn es direct in den Conjunctivalsack eingetröpfelt wird. Es mussten also alle voluminösen Mittel ausgeschlossen werden, und die Versuche beschränkten sich auf Crotonöl, Coloquinten und Elaterium.

Wenn Crotonöl mit etwas weniger als dem gleichen Gewicht officineller Natronlauge in gelinder Wärme digerirt wird, so erhält man eine in Wasser lösliche Verbindung, deren Neigung, in der Kälte zu gelatiniren, durch einen geringen Alkoholzusatz beseitigt werden kann. Diese Flüssigkeit, deren drastische Wirksamkeit bei innerlicher Anwendung die des reinen Oeles nicht erreicht, macht bei der Einspritzung gar keine Localerscheinungen; ich habe sie bis zu Quantitäten benutzt, die 0,25 Gr. Oel entsprechen, ohne eine zweifellose Wirkung hervorzurufen.

Eine Lösung des *Extr. Colocynth.* Ph. Bor. ed. VII. in geringhaltigem Spiritus macht ebenfalls keine örtlichen Erscheinungen ausser einer mässigen Röthe um die Stichstelle; Quantitäten bis zu 0,3 Grm. bewirkten wohl vermehrte Diurese, aber ebenfalls keine deutliche Stuhlbeschleunigung.

Das *Elaterium nigrum* des Handels ist zwar in Wasser fast vollständig löslich, aber offenbar ein schlechtes Präparat. Ein aus *Elaterium anglicum album* mit Alkohol extrahirtes unreines Elaterin verursachte, in spirituöser Lösung in ganz kleiner Menge injicirt, eine äusserst intensive locale Dermatitis, eine handtellergrosse, braunrothe Infiltration der Haut mit nussgrossen Epidermisblasen, anfänglichen heftigen Schmerzen und brandiger Abstossung eines guldengrossen Hautstückes; eine Einwirkung auf die Darmentleerung zeigte sich nicht.

Ein brauchbares hypodermatisches Abführmittel muss also noch gefunden werden.

Meine weiteren Erfahrungen über die hypodermatischen Injectionen bei Geisteskranken gedenke ich später mitzutheilen.

Zur Casuistik.

Apoplektischer Heerd bei einem Paralytiker. — So häufig nach meinen wie nach den Erfahrungen Anderer blutige Ergüsse in den Arachnoidealsack, Hämatome der *Dura mater* und capilläre Apoplexieen bei Paralytikern vorkommen, so selten ist hier ohne Zweifel das Auftreten eines grösseren apoplektischen Heerdes. Bekanntlich wird auch dieses Vorkommniss von namhaften Beobachtern als von der Paralyse so ziemlich ausgeschlossen betrachtet. . . Auch in meiner, eine Centurie von secirten Paralytikern übersteigenden, Erfahrung hat die Auffindung eines grösseren, so zu sagen klassischen, apoplektischen Heerdes noch keinen Platz genommen — bis vor wenigen Tagen. Ein 48jähriger, robuster, alle correcten Symptome der Paralyse in physischer, wie psychischer Hinsicht repräsentirender Mann erlag einem apoplektiformen Anfall nach 3tägiger Agonie. Die Section zeigte bei hochgradigem Schwund der *Gyri* beider Vorderlappen des Gehirns, intensive Hyperämie des Schädeldaches und der *Basis cranii*, sowie sämmtlicher Häute, insbesondere noch Hämatom der *Dura*, *Hydrops externus* und Bluterguss in den Arachnoidealsack, endlich noch einen apoplektischen Heerd von der Grösse eines Hühnereies, welcher das ganze rechte Hinterhorn, theilweise auch das Unterhorn mit extravasirtem Blut erfüllte, die ganze umgebende Hirnsubstanz, d. h den Sphenoidallappen zerstört hatte und in die Sphenoidalgrube durchgebrochen war. Der Streifenhügel war unversehrt. Die ganze linke Hemisphäre war zwar hyperämisch, jedoch ohne Gefässzerreissung. Dagegen fand sich im linken *Sinus transversus*, sowie im *Confluens sinuum* weit verbreitete Thrombose vor, die im rechten *Sinus* fehlte. Der Aortenstamm erwies sich stark atheromatös, ein Process, an welchem auch die Hirngefässe, wenn auch nur in mässigem Grade, Theil nahmen.

Solbrig.

Pleuritis und Psychose.

1. *Pleuritis sinistra. Cessatio mensium. Melancholia. Mania.* Menses. Remission. Allmälige Genesung nach 14tägiger Dauer der Psychose. — *B. E.*, 29 Jahre alt, seit 2 Jahren verheirathet, früher körperlich und geistig stets gesund, ausgenommen, dass sie seit vielen Jahren an Psoriasis von mässiger Ausbreitung leidet. Evolution normal. Der Vater war im 60. Jahre vorübergehend gestört, nach einigen Wochen gesund und seitdem es bleibend. Die Frau erkrankte einige Wochen nach ihrer Verheirathung an Melancholie, die etwa 4 Monate dauerte, war hernach wieder völlig geistig gesund.

Am 18. März traten nach einer Durchkältung und Durchnässung heftige Rückenschmerzen, Seitenstechen und Herzklopfen auf, welche Symptome sich bis Ende Monats wieder verloren.

Am 2. April nach einem häuslichen Verdrusse, dieselben Symptome, die unter wechselnder Heftigkeit bis zum 15. d. M. andauerten, dann aber hochgradig heftig blieben und mit lebhaften Fiebererscheinungen einhergingen.

Besonders steigerte sich vom 15. an das Herzklopfen; dabei Beklemmung auf der Brust, Kurz- und Schwerathmigkeit, Angstgefühle, lebhafte Congestionen nach dem Kopfe. An diesem Tage bekam ich die Kranke zur Untersuchung.

Sie ist gross und kräftig gebaut, ziemlich gut genährt. Mässige *Struma.* Der Kopf ist bald blauroth und heiss, bald kühl und blass. Das Gesicht drückt Angst aus. Herzstoss sehr stark an normaler Stelle. Herzbewegungen unrhythmisch, bald sehr rasch aufeinander folgend, bald langsam und aussetzend. Den 1. Herzton begleitet ein schwaches, rauhklingendes Geräusch, der zweite ist verschärft. An der linken Seite hinten am Thorax, von der 5. Rippe an abwärts gedämpfter Percussionston und aufgehobenes Athmungsgeräusch. Puls schwach, 110—130 in der Minute. Starker Durst, dick belegte Zunge, Appetitlosigkeit, Neigung zur Verstopfung, nächtliche Schlaflosigkeit.

Diagnose: Linksseitige Pleuritis.

Behandlung: Sinapismen auf den Thorax, Fussbäder mit Salz und Asche. Weinstein unter's Getränk. Abendl. ¼ Gr. Morph.

Am 17. sollte die Periode eintreten, die aber nicht kam. Am Abend grosse Unruhe, lebhafte Angstgefühle, Furcht sterben zu müssen. Ist nur mit Mühe im Bette zu erhalten. Bisherige Behandlung.

Am 18. erhöhte Unruhe und Aengstlichkeit, fortwährend vor sich hinsprechend in ängstlichen Wahnvorstellungen. Lebhafte krampfhafte Empfindungen im *Epigastrium*, Bangigkeit, Uebelkeit bis zur Brechneigung. Die übrigen Erscheinungen wie früher. In der

Nacht immer umherlaufend, ruft um Hülfe, will sich zum Fenster hinausstürzen.

Vom 19.—23. verwaltend grosse Aufregung, Verwirrtheit, heitere Delirien, heftige leidenschaftliche Ausbrüche mit rasch wechselnder Stimmung. Kann nur mit Mühe von zwei Wärterinnen im Bette erhalten werden. Schlaflosigkeit dauert immer noch an. Jetzt ohne subjective Klagen. Fussbäder. Abendl. 2—4 Gr. Opium. Wegen Verstopfung tägl. *Clysma c. Oleo Ricini.*

Am Morgen des 24. tritt eine mässig starke Periode ein. Die Aufregung und Delirien sind verschwunden. Volles Bewusstsein neben mässig ängstlicher Stimmung. Klagen über Schwäche, Schwerathmigkeit, Unmöglichkeit links zu liegen. Fieber mässig. Puls rhythmisch. Die erst heute wieder ermöglichte Untersuchung ergiebt links eine von unten bis zur 3. Rippe aufwärts reichende Dämpfung und daselbst aufgehobenes Athmungsgeräusch. In der Nacht noch unruhig, dazwischen ein paar Stunden guter Schlaf. Grosses Vesicans auf den linken Rücken. 3 Gr. Opiumpulver werden fortgesetzt. Bei Seitenstechen auf Verlangen der Kranken stets Sinapismen, da sie ihr Besserung verschaffen.

Aengstliche Stimmung und nächtliche Unruhe, doch ohne stärkere Aufregung, dauerten bis zum 28. fieberfrei. In der Nacht auf den 29. viel geschlafen und am Morgen sich wohl fühlend. Psychisch frei. Klagt nur über Rückenschmerzen und Schwerathmigkeit. Das pleuritische Exsudat hat nicht mehr zugenommen.

Von nun an bleibt die Kranke psychisch normal. Die Beschwerden auf der Brust vermindern sich mehr und mehr, und bis Ende Juni ist das pleuritische Exsudat völlig verschwunden. Ende August 1864 concipirte die Frau und genas im Juni 1865 von einem gesunden, kräftigen Mädchen. Bis zur Gegenwart psychisch und körperlich gesund und kräftig.

---

2. *Pleuritis sinistra.* Chronische Melancholie. Besserung nach 10monatlicher Krankheitsdauer. *Tuberculosis pulmon.* Neue Störung. — *K. M.* v. B., Schuster, ledig, 30 Jahre alt. Früher körperlich und geistig gesund, von mittelmässigen Anlagen und gutmüthigem Charakter. War in seinem Geschäft ein tüchtiger und fleissiger Arbeiter. Vor 12 Jahren ging er in die Fremde, reiste weit herum und hielt sich lange in Italien, in Frankreich und ein Jahr lang (1863) in Algier auf. In Algier 10 Monate lang am Fieber krank und erst nach seiner Rückkehr nach Europa, in Aix, davon genesend.

Im Jahre 1864 ging er nach Paris, woselbst er im Winter 1865

mehrere Wochen krank war. Husten, Stimmlosigkeit, Seitenstechen links, Fieber hätten ihn zu 4wöchentlichem Bettliegen gezwungen. Seitdem ist er nicht mehr ganz gesund. Er zieht jetzt arbeitsscheu umher und kommt im October 1865 geisteskrank in seiner Heimath an. Klagt sich aller möglichen Sünden an, betet fortwährend, kann nicht schlafen, hat nächtliche Visionen, Gehörstäuschungen. Daneben convulsivische Bewegungen der oberen Extremitäten. Der Vater sei starker Potator gewesen; eine Schwester des Kranken hat an Epilepsie gelitten. Mitte Mai 1866 Aufnahme hier.

Der Kranke ist mittelgross, ziemlich schlecht genährt, von gebeugter Haltung, anämischer oder zeitweise umschrieben bläulich gerötheter Gesichtsfarbe. Pupillen unverändert. Zunge rein. Percussion ergiebt in den Subclaviculargegenden keinen Unterschied. Respirationsgeräusch daselbst schwach, unbestimmt. Hinten links von der Mitte der Scapula an beginnt volle Dämpfung und erstreckt sich bis zur 11. Rippe hinab. Diese Gegend des Thorax ist mehr hervorgewölbt als die entsprechende sonor klingende rechte. Die bedeutend vergrösserte Milz ist nicht nur percutiv, sondern auch im linken Hypochondrium zum Theil neben dem freien Rippenrande fühlbar. Auch die Durchmesser der Leber erscheinen vergrössert. Herzdämpfung von normaler Weite. Herztöne rein, der zweite accentuirt. Appetit und Verdauung geregelt. Puls schwach, mittelfrequent. Nie abendliche Temperaturerhöhung. Urin enthält weder Eiweiss oder Zucker noch Gallenbestandtheile.

Im psychischer Beziehung zeigt der Kranke viel Unruhe, läuft mit gefalteten Händen beständig umher, hat jedoch keine Angst, giebt ganz geordnete Antworten, und nur hinsichtlich der Vorkommnisse der letzten Monate zeigt sein Gedächtniss grosse Lücken. Er spricht jedoch stets erst nach vielem Aufmuntern, redet von nächtlichen Bildern, die ihn erheben oder ängstigen, von starkem Ohrensausen und -läuten. Zeitweis jedoch bemächtigt sich des ganzen Menschen völlige Starrheit, in der er 1—3 Stunden verharrt. Zu solcher Zeit muss man ihm selbst die Nahrung gewaltsam beibringen.

Im Verlauf des Sommers bei leichter Feldarbeit nahmen das pleuritische Exsudat und der Milztumor bedeutend ab; Aussehen, Ernährung, Kräfte des Kranken bessern sich. Auch in psychischer Beziehung wird er munterer, lebhafter, zugänglicher, will von Visionen nichts mehr wissen, behält aber stets verschiedene Sonderbarkeiten und die Neigung allein zu sein. Nur mit Mühe kann man einer drohenden Scoliose vorbeugen. Behandlung bestand in kräftiger Diät, Chinin und Eisen, Arbeit im Freien.

Bis Anfang August erscheint das pleuritische Exsudat völlig ver-

schwunden, doch hat die linke Lunge noch verminderten Luftgehalt. Milz noch als mässig vergrössert percutiv, aber nicht mehr fühlbar. Trotz guten Appetites keine Zunahme der Ernährung mehr. Will sich noch etwas schwach fühlen, so dass er nicht glaubt, seinen Beruf schon ausüben zu können. Das Benehmen des Kranken ist viel natürlicher und geordneter; er ist aber stets noch wortkarg, zurückgezogen. Die Haltung ist wieder gerade.

Ende August zeigt die Percussion links oben und vorn in der Infraclaviculargegend etwas matteren Percussionston, das Athmen ist daselbst rauh bis bronchial. Doch will der Kranke keine subjectiven Beschwerden haben, ist ohne Nachtschweiss, Frost oder Hitze. Von nun an klagt er mehr über Schwäche, Mattigkeit, sieht weniger gut aus, hustet etwas, hat wenig Lust zur Arbeit, urinirt manchmal Nachts in's Bett, ist zeitweis wieder stiller, weniger zugänglich, daneben aber abwechselnd erhöht lebhaft. Im October hie und da Nachts unruhig. Klagt über geheime Feinde, aber auch nächtliche Angstanfälle, schwere Träume, Beklemmungen, dass er keinen Athem mehr bekomme und aus dem Bette springen müsse.

Bis zur Gegenwart (Ende November) hat sich dieser Zustand nicht wesentlich geändert. —

Auch in diesen zwei Fällen ergiebt sich dasselbe Resultat wie überhaupt bei den Psychosen, die aus und nach acuten körperlichen Erkrankungen entstehen.

Entweder tritt die Seelenstörung mit der somatischen Erkrankung auf und zwar mit Entwicklung oder auf der Höhe derselben; oder aber sie erscheint erst bei der Abnahme derselben oder in der Reconvalescenz von derselben.

Im ersten Falle ist sie eine individuell bedingte Complication der acuten körperlichen Erkrankung und der Ausdruck der durch letztere im Gehirne gesetzten krankhaften Veränderungen; im letzteren ist sie meist eine aus der allgemeinen Schwäche, Inanition, Erschöpfung hervorgehende Krankheit.

Mit Sicherheit ist in beiden Fällen als occasionelles Moment für die Psychose die Pleuritis anzunehmen, wozu im ersteren Falle noch *Oppressio mensium*, im letzteren die Intermittens-Cachexie zur Mitwirkung kommt. Man darf wohl im ersten Falle die Hyperämie, wie im zweiten die Anämie als den der Psychose zu Grunde liegenden krankhaften Hirnzustand ansehen, doch spielt auch jedenfalls bei solchen Erkrankungen die durch die Pleuritis bedingte Dyspnoë etc. eine Rolle bei den vorhandenen Angstgefühlen.

Während im ersten Falle mit der Abnahme des Fiebers auch die Psychose sich bessert, tritt letztere im zweiten Falle erst auf,

als die acute Erkrankung schon vorüber ist, und zwar als Folge der durch selbe hervorgerufenen localen und allgemeinen krankhaften Veränderungen. Mit der Besserung dieser letztern bessert sich dann die Seelenstörung, bis die allmälig sich entwickelnde Lungentuberculose neuerdings störend auf das Gehirnleben einwirkt. Der gegenwärtige Zustand ist nun wohl als neue Erkrankung in Zusammenhang mit der Tuberculose zu betrachten.

Dr. *Wille.*

Literatur.

Journal de médecine mentale. Tome V. 1865.

Januar-Heft.

Ein gerichtlicher Fall. Eine Mutter ertränkt ihre drei Kinder und wird auf den Bericht von Dr. *Teilleux* (Grenoble) als Geisteskranke freigesprochen.

Die verschiedenen Irreseinsformen (Fortsetzung), von Dr. *Delasiauve*. — **Die partiellen Geistesstörungen. Monomanie oder partieller systematisirter Wahn.**

Die Leser kennen die französischen Auseinandersetzungen. *Falret* u. A. bekämpft die Theorie der Monomanie; er will auch in den einfachsten Fällen eine Mehrheit falscher Ideen erkennen; ein einfacher Fall gehe leicht in einen zusammengesetzten über, und umgekehrt; er nimmt keine Grenzlinie an. *Esquirol* unterschied die Monomanie von Manie und *Dementia*, nicht nur auf Grund der Summe, sondern auch der Art der Störungen; in letzterer Verwirrung oder Schwäche, in jener ungewohnte Triebe, sonderbare Sensationen oder Wahnideen. *Ferrus* geht von derselben Ansicht aus und substituirt nur für die Bezeichnungen Lypemanie und Monomanie die allgemeinere und dehnbarere „Délire partiel“.

Vf. stellt dann seine Pseudo-Monomanie der Monomanie gegenüber*). (Aller dieser Bezeichnungen bedarf es nicht, wenn man nur festhält, dass in jedem Fall von Irresein das Vorstellen der Form, dem Gange nach oder seinem Inhalte nach oder in beiden Richtungen zugleich gestört ist, und dass eine dieser Störungen das Wesentliche derjenigen Zustände ist, die man als Gefühle, Stimmungen, Impulse, Triebe u. s. w. bezeichnet.)

---

*) Vergl. Psychiatr. Ztschr. 1866. 4. Heft. S. 379.

Februar-Heft.

Die Amenorrhoë als Ursache des Irreseins. — Es ist die allgemeine Ansicht der Autoren, dass Amenorrhoë oft Irresein bedingt, und dass die Rückkehr der Menses in vielen Fällen das Signal, wenn nicht die Ursache der Heilung ist. *Duckworth Williams* (Asyl Northampton) veröffentlicht im Journ. of Mental Science (October 1864) mehrere Beobachtungen von Irresein nach Suppression der Regeln, in denen *Emmenagoga* mit Eisen sich bewährten. (Die Fälle sind weiter nicht von Interesse.)

Irresein in Mexico, nach *Coindet* und *Cavaroz*. — Diese beiden Aerzte nahmen Theil an der Expedition nach Mexico. Im Hospital San Hippolito wurden vom 1. Januar 1861 bis 1. Januar 1864 200 Geisteskranke aufgenommen. Davon starben 61, wurden geheilt 27, gebessert 17. Unter den 200 waren 131 unverheirathete Kranke, 93 Fälle von Manie, 21 epilept. Irresein, 20 *Dementia*, 15 *Delirium e potu*, 14 *Monoman. ambit.*, 11 Lypemanie, 9 Idiotie. Unter den Ursachen figuriren Missbrauch der Spirituosen (49), Gemüthserschütterung (22), Erblichkeit (8), Kopfverletzung (2).

In denselben 3 Jahren wurden im Asylo Divino Salvador 177 Frauen aufgenommen. Davon wurden geheilt 28, gebessert 13, starben 46. Unverheirathet waren 112.

An Manie litten 91, an *Dementia* 25, Lypemanie 11, *Monoman. relig.* 8, hysterischem Irresein 8, *Monoman ambit.* 5, Erotomanie 4, *Delirium e potu* 4, Idiotie 4. Ursachen: Missbrauch von Spirituosen (19), Gemüthsaffecte (18), Erblichkeit (17) u. s. w.

Die Anstaltskranken gehörten theils der Stadt Mexico, theils den anderen Theilen des Kaiserreichs an. In der Stadt kommt 1 Irrer auf 2,667 Einw. Die Männer gehörten meistens dem Alter von 30 bis 40 Jahren an, die Frauen dem Alter von 20 bis 30 Jahren. Die meisten Aufnahmen fanden Statt in der heissen Jahreszeit von März bis Juni. Die Todesfälle fallen häufiger in die Regenzeit, nach Meningitis, Apoplexie etc.

Nach *Cavaroz* sind in Guadalaxara die Neurosen sehr häufig. Sehr viele Frauen leiden an Hysterie, oft mit Lähmung. Gehirn-Erweichung ist eine gewöhnliche Beobachtung. Das Irresein kommt bei den Indianern nicht vor; es ist Eigenthum der civilisirten Nationen und Folge der geistigen Entwicklung.

Die verschiedenen Irreseinsformen (Fortsetzung), von Dr. *Delasiauve*. — *Délire perceptif*. **Hallucinationen.** Weitläufige historische und nosologische Bemerkungen, nebst 38 Beobachtungen.

März- und April-Heft.

Die verschiedenen Irreseinsformen (Fortsetzung), von Dr. *Delasiauve*. — *Délir. moral et affectif*. (Eine lange Abhandlung mit 46 Fällen.)

Bericht über eine Epidemie von *Hystero-Démonopathie* in 1861, von Dr. *A. Constans*. Mittheilung von Dr. *A. Delasiauve* in der *Société médico-psychologique*. (Die Geschichte dieser Epidemie in Morzines in Savoyen ist den Lesern der Zeitschrift bekannt. (S. Irrenfreund 1864. Nr. 12. 1865. Nr. 2, 6. — Allg. Ztschr. f. Psychiatrie. 1866. p. 141.)

Die Monomanie des grandeurs beim Weibe. — *Broc* hat in seiner Abhandlung über die Mégalomanie die grössere Häufigkeit derselben beim Manne hervorgehoben, aber nicht die Unterschiede der ambitiösen Monomanen nach dem Geschlechte Diese Lücke füllt *Renaudin* aus in seinem Buche: „Etudes médico-psychologiques sur l'aliénation mentale". Unter Anderm heisst es: „Der Wahn des Reichthums herrscht bei den Frauen vor. Sie haben Equipagen und Lakaien, sie trachten nach vornehmen Alliancen oder stammen aus fürstlichen Familien ab. Im Leben sind sie die Feinde der Mésalliancen und opfern häufig ihr Gefühl der Aussicht auf einen Luxus, der ihre Launen befriedigen kann. Im höheren Alter werden sie geizig, geben sich mit Berechnungen ab, um in den Ruf von Banquiers zu kommen. Diese Verkehrtheit ist eine Klippe der Moralität bei Vielen; bei vielen Andern zerstört sie den Verstand. Unter den Männern hören wir von Ruhm und Ansehen sprechen, während die Frauen Millionen herzählen, denn das schmeichelt am meisten der Gefallsucht. Unter jenen finden wir Fürsten, Könige, Kaiser; diese machen aus ihren Männern und Vätern die höchsten Persönlichkeiten. (Wir wissen nicht, ob diese Art des Grössenwahns (Reichthum, Besitzthum) nicht ebenso häufig bei den Männern vorkommt, und der eitlen Renommage mit ihren Männern und Verwandten bei den Frauen entspricht das Lob der Schönheit, Vortrefflichkeit, Bildung etc. der Frauen seitens ihrer geisteskranken Männer.)

Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft des Irrenwesens, von Dr. *Berthier* in Bourg. — Vf. beginnt seine nur durch die Zusammenstellung einigermaassen interessante Abhandlung mit dem Satze: „Nil sub sole novum." Auch im Alterthum schon und in längst verflossenen Zeiten haben bei der Behandlung des Irreseins die Milde, Geduld, Zerstreuungen, das Familienleben, Musik, Arbeit, Colonisation ihre Würdigung und Anwendung gefun-

den, laut authentischen Schriften. Die moralische Behandlung wurde mehr oder weniger ausdrücklich als wesentlich in der Irren-Behandlung von *Celsus*, *Cael. Aurelianus*, *Salvonatola*, *Sylvius*, *Plater*, *Th. Willis*, *Valsalva*, *Morgagni*, *Alberti*, *Sauvages* etc. bezeichnet. Aber ihre Stimmen blieben ohne Wirkung.

Im Allgemeinen stellte sich das Irresein bis auf unsere Tage unter den zwei Hauptformen, Melancholie und Manie, dar. Zur Heilung der ersteren gebrauchten die Alten *Purgantia*, namentlich den *Helleborus*. Dieses Medicament, umgeben von einer religiösen Glorie, wurde zu Anticyra vertheilt, wohin man wallfahrtete. Es war eine Vorkur nöthig. Der Kranke wurde eine Woche lang gut genährt und bekam bei Abnahme des Mondes ein Brechmittel. Darauf wurde das Medicament angewandt, dessen Wirkung man durch Oel-Einreibungen des ganzen Körpers unterstützte. Bei acutem febrilen Delirium Aderlässe und Purganzen; man verschrieb auch Mist von Thieren, Pulver aus Menschenschädelknochen und, als *Topica* auf die Glieder, scharfen Käse und Hühnchen und Tauben, der Länge nach zerschnitten.

Das Blutlassen, was der Asklepiade Schlachten (égorger) nannte, und die Entkräftung wandte man gegen die Manie an, und bei Andauer der Raserei fügte man Ruthen und Ketten hinzu, ein Mittel, das noch vor 50 Jahren *Foderé*, ein grosser Feind jeder Barbarei, nach *Cullen*'s Vorgange, ein menschliches Mittel nannte. Das Unter-Wasser-Tauchen, bis zur Asphyxie, später von *van Helmont* und *van Swieten* angerathen, hatte auch seine Anhänger.

Man hatte nur das Symptom im Auge; die Agitation sollte verschwinden. Man glaubte Fortschritte zu machen, wenn man Zwangs-Maschinen ersann.

Also Blutlassen, Hunger, Schrecken, Geisselung, Ketten, Unter-Wasser-Tauchen, In die Erde graben, Tortur, Zur Mumie machen. — *Fame*, *vinculis*, *plagis coërcendus est (Celsus)*. Auch ausserhalb der Wissenschaft gab es Verirrungen. Um den Dämon, den Urheber des Wahnsinns, zu vertreiben, nahm man seine Zuflucht zu Gebeten, Pilgerfahrten, Exorcismen, Zaubereien. Einige Orte kamen in grossen Ruf, so Bésancon, Saint Maur, Gheel etc.

Im 19. Jahrhundert erfolgte ein Umschlag. Die Herrschaft der Anatomie beginnt; man sucht in den Veränderungen des Gehirns den Grund der psychischen Erscheinungen, man glaubt schliesslich, dass jede geistige Anomalie eine entsprechende, erkennbare oder verborgene, Veränderung der Gehirnsubstanz zur Ursache habe. Doch wird es noch lange dauern, ehe man das Verhältniss der geistigen Functionen zu den anatomischen Zuständen des Gehirns entdeckt.

Eine Reaction war unvermeidlich. Sie begann mit *Esquirol*, nachher mit *Leuret*. Man hielt die Untersuchung des Gehirns für wichtig, für wichtiger die seiner Facultäten. Die Klinik änderte ihre Basis; sie wurde von der Morgue in's Hospital verlegt. Man forderte Indicationen für den lebenden, denkenden, liebenden Menschen. Die Lancette verrestete, die *Tonica* flossen über.

In unseren Tagen nimmt die Frage einen anderen Gang. Man beschäftigt sich wenig mit der Krankheits-Theorie und der ärztlichen Behandlung. Alles schaut nach den grossen hygieinischen Bedingungen, welche die Existenz der Irren im Allgemeinen erfordert. *Pinel* brach ihre Ketten, *Conolly* proclamirt das No-Restraint-System, *Bulckens* sieht in der Commune die Muster-Einrichtung, deren Apostel *Parigot* und *Mundy* sind. Das Asyl, welches *Esquirol* als Heilmittel betrachtete, ist nur mehr ein Exil in den Augen mancher unserer Nachbarn in Belgien und England. (Das ist, was *Bulckens* betrifft, eine Uebertreibung. Ref.) Unbeschränkte Freiheit des Colonisten in der Familie — das ist ihr Traum. (Vf scheint das Belgische Irrengesetz und die gesetzliche Bestimmungen über Gheel nicht zu kennen. Ref.) Dieses Contagium hat sich nach Frankreich verbreitet und man spricht von Nichts weniger, als Umwandlung der Irrenhäuser in Farmen und der Kranken in Pflanzer.

Wozu dient nun unsere Specialität? Was wird aus der individuellen Behandlung? Die Philanthropie besteht nicht in Vermeidung jedes Zwanges füs den Irren, das Verdienst nicht in Entlastung des Budgets. Man darf erforderlichen Falles nicht eine gewisse Strenge fürchten. Humanität ist nicht Schwäche.

Das Wohl des Kranken über Alles. Anderntheils darf bei der Leitung eines Asyles der Administrator nicht den Arzt verdrängen. Finanzielle Berechnungen sind nur zulässig, wenn ohne Nachtheil für den Pensionär. Wir billigen die Arbeit, aber nur vom Gesichtspunkte der Cur. Der Missbrauch ist nahe, wenn man zu viel an den ökonomischen Punkt denkt.

Die Vergangenheit also war null (?? Ref.); die Gegenwart hat ihre Uebertreibungen; was umschliesst die Zukunft?

Der zusammengesetzte Charakter des Irreseins, sein nervöses und psychisches Element, dem die Therapie, wenn sie vollständig und recht sein solle, physische und psychische Mittel entgegensetzen müsse, — begründe die Berechtigung des Asyles mit dem sachverständigen Arzte, seinen erfahrenen Gehülfen und den nothwendigen Hülfsmitteln. Ausserhalb der Anstalt, in der öffentlichen Gesellschaft, in der Familie, wie gross auch die Fähigkeit des behandelnden

Arztes sei, gelange man nur selten zu eben so befriedigenden Cur-Resultaten.

Aber die Ueberfüllung der Anstalten sei ein Uebelstand. Diesen zu beseitigen ist das zu lösende Problem, welches die Geister bewegt.

1) Die einfache und reine Colonie (also ohne Asyl, Ref.) ist die Negation der Kunst, die Zerstörung der Specialität, sie ist ein Lazareth, ein Depôt, eine Phantastère. Keine individuelle Behandlung und Erziehung mehr. Jeder Arzt reicht hier aus. Heilung ist ein hier untergeordneter Punkt. (Aber wie viele Irre, wo Behandlung und Erziehung nicht mehr, sondern nur noch Pflege möglich ist, können aus überfüllten Asylen entlassen werden! Ref.)

2) Gheel, dessen Nachahmung man vorschlägt, ist ungeachtet der Lobeserhebungen, eine verkappte Ausbeutungs-Anstalt. Den Nourricier treibt der Gewinn, der Zwang ist seine Waffe. (Uebertreibung! Ref.) Nicht Gewohnheit allein schafft den Beruf; mit Moralität muss Bildung vereint sein. Die Controle kann nicht Missbräuche verhindern, die im Schatten vor sich gehen. *Autenrieth* wollte daher die inspicirenden Aerzte bis ins Unendliche vermehrt wissen. Und wo die hinreichende Zahl geeigneter Pächter finden? Die Vermischung der Geschlechter ist eine letzte, nicht genug erwogene Schwierigkeit. (In diesen Bemerkungen liegt viel Wahres; Gheel ist sicherlich verbesserungsbedürftig, aber auch fähig. Ref.)

3) Der beste Ausweg ist die Verbesserung des Bestehenden, der Asyle mit seinen Einrichtungen und Hülfsmitteln. Diesseits liegt der Schlendrian, jenseits der Missbrauch. Die Erfahrung hat die Vortheile der annectirten Meiereien bewiesen. Die Bewegung in einem weiten Raume ist schon ein Anfang der Freiheit. Die Wohlthat der Arbeit in freier Luft hat ihren Werth. Man kann die Zahl der Irren, die daran Theil nehmen können, auf ⅓ schätzen. (Das gilt doch nicht für Heilanstalten; Arbeit, namentlich Arbeit in freier Luft, widerspricht dem Principe der Ruhe, mit der man frisch und acut Erkrankte umgeben muss, und dieses Princip allein, abgesehen von dem Charakter gewisser Irren, schätzt die Existenz der geschlossenen Asyle. Ref.) Vf. würde auch, nach englischem Muster, das Cottage-System adoptiren. So wäre, ohne Abweisung vieler Kranken, die Verhütung der Ueberfüllung der Anstalten möglich, zugleich die nöthige Ueberwachung und tägliche Beobachtung. Mehr als ein Irrer, den man für unheilbar hielt, ist

noch geheilt worden. Plötzlich entschleiert sich oft ein bisher verborgenes günstiges Verhältniss, das nur der Mann der Wissenschaft, der alt wurde in seinem Berufe, zu benutzen versteht; so giebt er der Seele die Existenz wieder.

Man plaidirt noch für das No-Restraint-System. Seine Sache scheint uns seit lange gewonnen. Hat *Pinel* es nicht im Principe proclamirt? Aber Verbannung jedes Zwanges ist nur falsche Philanthropie. Das Absolute ist fast immer verkehrt. Sicherlich man hat die Zwangsmittel missbraucht. Aber Gebrauch ist etwas Anderes als Missbrauch. Es handelt sich um das Quomodo und die Dosis, kurz um die alte Formel: „Fac secundum artem." (Leider führt der Gebrauch sehr leicht überall zum Missbrauch; man überschreitet die Grenze. Man gebraucht auch noch zu wenig die Ersatzmittel des Restraint. Alter Schlendrian ist noch häufig; er knüpft sich schon, bei aller Humanität der Aerzte, an die alten Anstalten mit ihren alten Einrichtungen, unvollkommenen Localitäten, ungenügenden Hülfsmitteln, mangelhafter Organisation. So ist die Sache des No-Restraint, wenn auch in der Theorie, doch nicht in der Praxis gewonnen. Ref.)

Also im Irresein einen zusammengesetzten, einen psychisch-somatischen Zustand erkennen, ihm mit allen geeigneten Mitteln entgegen treten, unser Formular bereichern, das Asyl als einen Uebergangsort betrachten, aus dem die Geheilten in die Freiheit, die Andern, wenn sie harmlos geworden, in ihre Familie zurückkehren oder einer Filiale anvertraut werden — so erscheint vor unseren Augen die Zukunft.

G. Townley. Dieser gerichtsärztliche Fall ist den Lesern jetzt bekannt. (*Townley* hat sich im Gefängnisse erhängt. Durch den Selbstmord ist die Frage betreffs seines geistigen Zustandes nicht entschieden. Ref.)

Irrenwesen in Algerien, nach *Collardot* in Algier. — Die Geisteskranken irrten früher verlassen umher, zum grossen Nachtheil der Sitten und der öffentlichen Sicherheit, oder verfaulten in den Löchern der Gefängnisse. Die Bürgerhospitäler in Algier und den anderen wichtigen Städten nehmen jetzt zeitweise Irre auf, die schliesslich nach Aix oder in andere Asyle des südlichen Frankreich übersiedeln, was mit vielen Unannehmlichkeiten verbunden ist. Die Kranken reisen über das Meer in Gegenden, wo das Klima, die Sitten und Gewohnheiten, selbst die Sprache für sie ungewöhnlich sind; viele unterliegen, wenige kommen zurück, namentlich von

den Arabern und Negern. Die Hitze in Algier ist eine häufige Ursache des Irreseins. Der Sirocco bedingt vorübergehende Exaltation; mitunter geht diese in Raserei über, mit Selbstmord und Mord. Der Missbrauch spirituöser Getränke, namentlich des Absynthes (in der Provinz Oran), ist häufig. Der Kiff (indischer Hanf), die Parfüms, die Blumen und, wie überall, Gemüthsaffecte und Leidenschaften haben ausserdem ihre Wirkung.

Gleichwohl ist nach *Collardot* die Zahl der Irren verhältnissmässig nicht sehr beträchtlich. Er zählte in 11 Jahren 750 arme Geisteskranke (bei 3 Mill. Einw.). War die Zählung genau? Aber schon *Esquirol* bemerkte, dass in den heissen Klimaten das Irresein nicht so häufig sei, als in den gemässigten, mit ihren starken atmosphärischen Wechseln. Auch in Aegypten ist das Irresein seltner. Die Beständigkeit und Milde des Klimas ist auch der schnelleren Heilung des Irreseins günstig. Man sollte daher die Kranken aus Algerien nicht nach Frankreich senden. Von 1852 bis 1862 incl. kamen dahin 905 Irre, meistens nach Marseille und Aix; es waren im Allgemeinen solche, die nicht eine rasche Heilung versprachen; die übrigen blieben im Lande, in einer Abtheilung des Civil-Hospitals. In diesem wurden von 1858 bis 1862 471 Geisteskranke aufgenommen, 339 Europäer, 132 Eingeborene. Von diesen wurden geheilt 263, starben 16, wurden verlegt 192. Das Hospital zu Oran nahm in derselben Zeit 87 auf, darunter 73 Europäer, 14 Eingeborene. Mit Ausnahme eines, der starb, wurden alle fast sogleich nach Aix gesandt. Von Constantine kamen nach Frankreich von 1850 bis 1862 172 Irre (91 Europäer, 81 Eingeborene); 50 wurden geheilt, 99 sind gestorben. Constantine bringt ausserdem in der Irren-Anstalt zu Milah, die durch den Präfecten *Lapaine* gegründet wurde, 20 Kranke unter.

Die grosse Menge der Heilungen in Algier beweist die Vortrefflichkeit der sanitarischen Verhältnisse und die Vortheile der raschen Unterbringung.

Das Irresein ist unter den Europäern und Männern am häufigsten. Von 500 in Aix Aufgenommenen wurden geheilt 161 (0,32), starben 219 (0,44). Die bedeutende Mortalität zeigt den von *Collardot* angedeuteten Einfluss des Klima-Wechsels, da die Mehrzahl der Todesfälle von Krankheiten der Respirations-Organe abhing.

In Aix wurden behandelt 226 Manien, 85 Dement., 75 Lypeman., 54 Monoman., 27 Idiot., 21 Stupid., Extas., Nymphoman., 9 Fälle ohne Delir.

Die allg. Paralyse figurirt nicht darunter. Sollte das heisse Klima Algeriens davor schützen? Auch der Scorbut ist da unbe-

kannt. In Italien, Spanien kommt, wie in Frankreich, aber vielleicht nicht so häufig, die Paralyse vor.

Im Jahre 1862 waren in Frankreich 72 Irre aus Algerien, — in Algerien selbst, in den Hospitälern, 118. *Collardot* wünscht daher die Gründung eines Asyles. *Delasiauve* stimmt für mehrere, kleinere Anstalten.

Broadmoor. — In England existirten bis vor Kurzem in den Grafschafts-Asylen besondere Zellen für die irren Verbrecher. Bethlem war in Folge eines Uebereinkommens mit dem Minister des Innern besonders bevorzugt. Unter seinen Insassen, grossentheils Mördern, waren *Edw. Oxford*, der einen Mord-Versuch auf die Königin machte, *Mac Nangthtan*, der Mörder des Secretairs von *Robert Peel*, der bekannte Capitän *Johnston*, der die ganze Mannschaft seines Schiffes, „Tory", untergehen liess.

Jene Quartiere sind jetzt durch ein besonderes Asyl, Broadmoor, ersetzt, 2 Kilometer vom Collège Wellington an der South-Eastern Eisenbahn. Die Ansicht des von Tannen umkränzten Ortes ist malerisch-wild, und er gewährt eine grossartige Fernsicht. Man schätzt die Zahl der Unglücklichen auf 450 bis 460 (400 M., 50 bis 60 Fr.). Die einmal diese Schwelle überschritten haben, leben und sterben innerhalb dieser hohen Mauern. Das Asyl hat einen besonderen Friedhof. Die Zahl der Opfer schätzt man auf Tausend.

Seltsamer Contrast des Geschickes! Manchmal sieht man auf einem Rasenplatze Frauen à la crosse spielen, welche wohl 30 Mordthaten begangen haben, oder das Tonnenspiel bei Männern, die England mit dem Lärm ihrer Missethaten erfüllten. Man gestattet ihnen nur mit Vorsicht eine anhaltende Arbeit, aus Furcht vor Missbrauch der Werkzeuge. Ihr beständiges Sinnen, namentlich bei den Männern, ist zu entkommen. Sie erfinden jede List und schrecken vor keiner Gewaltthat zurück. Aber die Vorsichtsmaassregeln sind der Art, dass die menschliche Gesellschaft ruhig sein kann. Mit brittischem Humor bemerkt die Times: „In London würde, wenn die Käfige des zoologischen Gartens geöffnet würden, der Schrecken nicht so gross sein, als wenn die geringste Aussicht bestände, die Gefangenen von Broadmoor könnten ausbrechen."

Ehen unter blutsverwandten Negern. — Im Jahre 1849 starb zu Widah (Königr. Dahomey) ein portugiesischer Kaufmann, *da Souza*, der sich durch den Negerhandel ein grosses Vermögen erworben. Er hinterliess 100 Kinder, von 400 Frauen seines Harems. Bei der misstrauischen, der Niederlassung einer Mischrace

feindlichen Politik der Könige von Dahomey, wurde diese Nachkommenschaft in einem besonderen Bezirke (Salaim), unter Aufsicht eines der Söhne *da Souza*'s, bewacht. Die verhassten Mischlinge können sich nur unter einander verheirathen, oder vielmehr, sie leben in der schaamlosesten Vermischung. Im Jahre 1863 gab es schon Kinder der dritten Generation. Ihre Farbe ist wieder tief schwarz, aber einige haben die Züge ihres europäischen Ahnherrn. Wir haben selbst constatirt, dass unter diesen Nachkommen *da Souza*'s, nach Heirathen unter den nächsten Blutsverwandten, sich weder Taubstumme, noch Blinde, noch Cretins, noch Idioten befinden. Wohl aber verringert sich diese Heerde von Menschen und droht auszusterben. (Nach den Archives de la médecine navale.)

Mai- und Juni-Heft.

Amenorrhoë aus psychischen Ursachen. — Furcht vor Schwangerschaft, lebhaftes Verlangen, Kinder zu haben. — Abhandlung von *Raciborsky* mit 3 concreten Fällen.

Der Wilde von Var, nach Dr. *Mesnet*. — Im Anfange dieses Jahrhunderts erregte der Wilde von Aveyron die öffentliche Aufmerksamkeit. Jäger fanden ihn im Walde. Es war ein blödsinniger, anscheinend 12 Jahre alter Knabe; er wurde mehrere Jahre lang mit den Taubstummen bei *Itard* unterrichtet, machte aber nur sehr geringe Fortschritte, lernte nicht sprechen etc.

Der Wilde von Var hat mit ihm nur die Art der Wohnung im Walde gemein. Er heisst *Laurent L . . .*, ist 39 Jahre alt, wurde in einem kleinen Dorfe Savoyens geboren, lebt als excentrischer Einsiedler „als Mann der Natur und Gerechtigkeit" in der Nähe von Hyères. (In seinem Verhalten erinnert allerdings Einiges an Irresein; doch wo ist die Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit!)

Die verschiedenen Irreseinsformen (Fortsetzung), von Dr. *Delasiauve*. = Die Lypemanie. (Ein langes Raisonnement mit vielen Beispielen.)

Ueber die Todesfälle bei den Irren und die Mittel, sie zu beschränken, von Dr. *Berthier* in Bourg. — Dem „Nennt mir die Zahl Eurer Zellen, und ich kenne Euren Werth" fügt Vf. den Satz hinzu: „Nennt mir Eure Mortalitäts-Chiffre, und ich weiss, wie Ihr verpfleget." Vf. schildert im Detail die für die Irren nothwendige Verpflegung, Diät, Kleidung, Wohnung etc. Sein Resumé ist: die Gesundheitslehre, die Pathologie, die Therapie, die ganze

Medicin des Irren hat ihren besonderen Charakter. Diese Wahrheit verkannten unsere Vorgänger; daher ihre grossen Sterbelisten. Indem wir diese Wahrheit beherzigen, verlängern wir das Leben unserer Clienten, begünstigen die Entleerung der Asyle, sei's durch Vermehrung der Heilungen, sei's durch die Möglichkeit, harmlos gewordene Irre ihren Familien zurückzugeben.

Ptyalismus der Irren, von Dr. *Berthier* in Bourg. — Abgesehen von chemischen und mechanischen Ursachen, Magenleiden ist das Speicheln der Irren Symptom der constitutionellen Neurose. Es ist häufig bei der Hysterie, Epilepsie, Wuth.

Nach *Esquirol* und *Foderé* begleitet es häufig die maniakalischen Zustände. *Morel* bezeichnet die Häufigkeit und Reichlichkeit der Salivation im Stupor und in der *Dementia*, sei's in Folge der geistigen oder körperlichen Schwäche und Lähmung. Man kann drei Haupt-Ursachen annehmen: Agitation, hallucinatorische Störungen, Unordnungen des Magens. Unter 20 Speichelnden (Frauen) fand Vf. 8 Tobsüchtige und Melancholische (mit Aufregung); bei drei von ihnen trat das Symptom nur während der Anfälle ein. Sechs andere Kranke litten an Hallucinationen oder Illusionen des Geschmacks, „die sie nöthigten, sich giftiger Gase oder Flüssigkeiten zu entledigen." Vier waren entkräftet, schwach, litten am Magen; sie waren blass, mager, fast anämisch. Die Letzteren, auf dem Wege zur *Dementia* oder dem Stupor, konnten keine Erklärung abgeben. Die Kranken waren ein Gegenstand des Ekels. Ihre Verdauung war gestört; Mundwasser, Gargarismen etc. nutzten nichts.

Eine durch das Symptom erschöpfte Kranke, verwirrt und lärmend, wurde einem tonischen Regime unterworfen: täglich Fleisch, Wein, Kaffee. Nach zwei Tagen hörte das Speicheln auf. So wurden noch andere entkräftete Kranke geheilt. Bei drei Tobsüchtigen verschwand das Symptom erst mit der Agitation. Bei den Hallucinanten war eine complicirtere Behandlung nöthig. Aufforderungen und Drohungen nutzten nicht; Einschüchterung brachte einige Besserung. Die Begiessungen und die Douche triumphirten. Die Ausspeienden sind aus der „Madeleine" verschwunden.

Also bei Atonie der Verdauungsorgane: substanziöse Nahrung, bei Hallucinationen: moralische Einwirkung; bei allgemeiner Aufregung, Manie: *Sedativa* und *Antispasmodica*. Im letzten Falle ist das Symptom am hartnäckigsten.

Idioten-Wesen in England. — Die grösste unter den englischen Idioten-Anstalten in England ist Earlswood. Im December

1864 hat man beschlossen, eine neue in Lancaster für die nordischen Grafschaften zu gründen. Es wurden dafür von 350 Personen 600,000 Frcs. unterschrieben (ca. 1,700 Frcs. à Person). Man schätzt die Zahl der Idioten in England auf 50,000. Das Verhältniss diesseits des Kanals wird nicht geringer sein. Die Hülfsmittel entsprechen also lange noch nicht dem Bedürfnisse.

Die Irren in den Gefängnissen Irlands. — Die geistesgesunden Sträflinge dienen als Wärter der geisteskranken! Sie erhalten dafür bessere Nahrung und andere mit der Gefängniss-Disciplin unvereinbare Begünstigungen. Der Gefängniss-Director kann, seltsamer Weise, die Wärter nicht auswählen, sondern muss jeden Sträfling als Wärter anstellen, der sich dazu meldet. Im Jahre 1863 gab es 353 gefährliche Irre in den Gefängnissen, deren Wärter wegen Mord, Raub, Diebstahl mit Einbruch verurtheilte Züchtlinge waren. Man kann diesen Usus verschieden beurtheilen. Gewisse verworfene Menschen können sich mit der Menschheit aussöhnen. Andererseits hat man ihre Brutalität gegen Unglückliche zu befürchten, die sich nicht beklagen können. Ist also auch der Gebrauch nicht zu achten, so ist doch eine Auswahl zu treffen und eine strenge Controle zu führen.

Juli-Heft.

Behandlung der Epilepsie, nach Dr. *Schreyer* in Hamburg. — Strenge Diät, täglich ein laues Bad (28° R.), nach ½ Stunde 1—3 Eimer kalten Wassers auf Kopf und Nacken, aus einer Höhe von 4 bis 6 Fuss; zuletzt wiederholte Frictionen. Dabei salinische Abführmittel, deren man täglich zweimal 4—12 Gran Digitalis in steigender Gabe beifügt. Von 16 so behandelten Kranken wurden nur drei rückfällig; doch genasen auch diese bei Wiederholung der Cur, die nach *Schreyer* durchschnittlich 6 Monate dauert. Von einem bestimmten Zeitpunkte an vermindert man die Dosis des Fingerhuts, den er unter die specif. Mittel gegen Epilepsie rechnet. (Was ist nicht schon Alles gegen die Fallsucht angewandt worden! Bei den verschiedenen patholog. Zuständen, die diesem Symptomen-Complexe zu Grunde liegen, bedarf es doch gewiss der Individualisirung. Und sind die angeblichen Heilungen von Dauer gewesen? Monate lange Intermissionen sind gewiss erfreulich und schon ein Resultat, das aber doch nicht täuschen darf. In demselben Hefte werden Bromkali und Sternutatorien als Mittel gegen die Fallsucht besprochen. Ref.)

Die verschiedenen Irreseinsformen (Fortsetzung), von Dr. *Delasiauve.* — **Die Hypochondrie.** — (Historische und nosologische Bemerkungen, ohne neue Daten, mit ungefähr 30 Krankheitsfällen im folgenden Hefte.)

Die Zerstreuungen bei Geisteskranken, von Dr. *Berthier* in Bourg. — Zerstreuung! Das ist die Formel des Publicums, der Verwandten und Freunde, welche die Heilung des Kranken wünschen. Man will interessante Lectüre, pikante Anekdoten, Besuche, Bäder, Reisen etc. Vf., die Ansichten der Autoren citirend, betrachtet, wie natürlich, den Irren nicht als Geistesgesunden, er will die an sich herrlichen Mittel nach Regeln und Methode angewandt wissen; sie können auch reizen und schaden. Acute Fälle bedürfen der Ruhe. Die Zerstreuungen passen im Allgemeinen mehr bei Abnahme des Gehirnleidens, nur manchmal im Beginn. Sie müssen den speziellen Umständen angepasst werden. (Vf. hätte dieses Alles für Irrenärzte nicht zu schreiben brauchen, aber Sache der letzteren ist es, dieses mehr und mehr zur Kenntniss der pract. Aerzte und des Publicums zu bringen.)

August-Heft.

Die verschiedenen Irreseinsformen (Fortsetzung), von Dr. *Delasiauve.* — **Die Nostalgie.** — Sie ist den Irrenärzten weniger, als den Militairärzten bekannt. *Cullen*, *Pinel* und die Aerzte im Allgemeinen bezeichnen sie als Varietät der Melancholie, *Georget* weniger als Krankheit, denn als Krnnkheitsursache, *Sauvages* als Bizarrerie. Es sind drei Stadien oder vielmehr drei Grade des Leidens beschrieben. Die einfache Trauer des Gemüths steigt bis zum Delirium mit Hallucinationen. Die Verdauungsstörungen können schliesslich colliquatives Fieber herbeiführen; dem acuten Delirium folgt Stupor und Prostration, und der Kranke unterliegt schliesslich. Verlauf und Ausgang sind verschieden. Auch Selbstmord ist beobachtet. Manche überwinden die Krankheit. Andere werden unheilbar.

Die Nostalgie kann auch simulirt werden.

Die Autopsieen enthüllen wenig oder Nichts.

Vf. theilt schliesslich 41 Fälle mit.

Die Hydrotherapie bei Geisteskranken, von Dr. *Berthier* in Bourg. — Vf. bespricht nach kurzen historischen Notizen die verschiedenen Formen der Anwendung des Wassers bei verschiedenen Irreseinsformen. Wir geben nur das Resumé:

Laue Bäder in der Manie mit Agitation, in der frischen Melancholie und bei den Paroxysmen der allg. Paralyse.

Das Dampfbad bei der chronischen Stupidität ohne Congestiv-Erscheinungen.

Die Einwicklung bei acuter Stupidität mit vager Unruhe.

Kalte Bäder bei remittirenden Manieen.

See- oder Flussbäder bei Atonie, Schwäche, nervöser Schlaflosigkeit, ausgenommen bei Greisen, Dementen und Phthisikern.

Die Begiessungen und Ueberrieselungen bei acutem Delirium mit Fieber.

Die säulenförmige Douche (douche en colonne) muss man mit Vorsicht und nur benutzen, ausser behufs der Einschüchterung, um das Gehirn zu erregen oder um rasch zu grosse Wärme zu entziehen. (Wird dann aber nicht Temperatur-Erhöhung folgen? Die prolongirten Bäder *(Brierre de Boismont)* werden nur eben angedeutet. Ref.)

September- und October-Heft.

Statistische Forschungen über die Unfälle bei Epilepsie, von *Rengade* und *Reynaud* in Bicêtre. — Eine durch ihre vielen Citate über verschiedene Unfälle der Epileptiker und eigene Beobachtungen interessante Abhandlung. Von 316 Epileptikern hatten 108 sich nicht verletzt. Constante Wiederholung der Unfälle an derselben Körperstelle bei 18 Kranken. Empfehlung der Zwangsjacke als eines Schutzmittels bei irren Epileptikern; manche wünschen sie selbst; keiner beklagt sich. Angaben betreffs der Betten u. s. w.

Ueber Aphemie oder Aphasie, von Dr. *Delasiauve.* — (Eine des Auszuges hier nicht fähige, zu lange Abhandlung, mit vielen Citaten und Fällen, die übrigens nichts Neues bringt über den seit einigen Jahren die französischen Aerzte sehr beschäftigenden Gegenstand.)

Das Testament eines Selbstmörders. Annullirung, dann Bestätigung des Testamentes. Verweigerung eines christlichen Begräbnisses. —

Daire, Gerichtsexecutor, 70 Jahre alt, Trinker. Die einzige Schwester starb im Irrenhause. Skandale und Excesse Abends und Nachts, wodurch der Mann als Trinker in seiner Nachbarschaft bekannt war. Am Tage that er seine Pflicht und war angeblich ordentlich. Nach dem Tode seiner Mutter im Februar finsteres Wesen;

D. betrank sich nicht mehr. Sonderbare Reden und Handlungen wurden häufiger; öftere Klagen; manchmal ängstlicher Blick, verstörtes Aussehen; *D.* nennt sich verloren, ruinirt, bereit zu sterben; sein Kopf werde das nicht aushalten; obgleich bemittelt, sagt er, er habe kein Geld, um das Brod zu bezahlen. Er nimmt die Eheleute *L.* zu sich, um einen Anhalt für sein Alter zu finden, ohne schriftlichen Contract; bloss mündliche Versprechungen. Am 22. April Versuch, sich zu erhängen; *D.* wurde auf der That ertappt. An demselben Tage ging er mit den Eheleuten *L.* zu einem Notar und schrieb zu ihren Gunsten eigenhändig sein Testament. Der Notar bemerkte an ihm nichts, was Verdacht erregte. Am 26. April erschoss er sich.

Nach zwei Untersuchungen annullirte das Tribunal zu Hâvre das Testament. Der Selbstmord habe im vorliegenden Falle einen krankhaften Charakter. Abgesehen von Erblichkeit und Trunksucht habe sich das Irresein, auch nach dem misslungenen Selbstmordversuche, durch unbestreitbare Symptome bekundet.

In der zweiten Instanz vor dem Seine-Tribunal traten *Morel* und *Legrand du Saulle* als Experten auf. Letzterer sprach sich für Geisteskrankheit aus; rasch sich entwickelnde Melancholie; der Antrieb zum Selbstmord sei der Ausbruch einer endlichen Krise gewesen. Testament nicht reiflich überlegt.

Morel: Der Testirende habe bei voller Freiheit des Bewusstseins gehandelt. Der Act vor dem Notar bezeichne eine freiwillige Absicht, bedeutsame Gegenseitigkeit, Erkenntlichkeit für übernommene Leistungen. Erbliche Anlage nicht vorhanden, die Eltern *D.*'s nicht geisteskrank; bei seiner Schwester genügten die erlittenen Täuschungen allein, ohne Heredität, zur Entwicklung des Irreseins. Die Fatalität der Erblichkeit sei übrigens auch nicht absolut. Allerdings in Folge des Trinkens manchmal vorübergehende Verwirrung. Doch wachte *D.* bis zu seinem Ende verständig über sein Interesse und that pünktlich seine Pflicht. Es fehlten bei ihm die Symptome des chronischen Alkoholismus. Nur wenige Erscheinungen ängstlicher Hypochondrie. Der Selbstmord trage im Allgmeinen etwas Krankhaftes an sich, doch dürfe man Handlungen vorher und nachher nicht mit ihm indentificiren.

Der Appelhof cassirte das Urtheil des Tribunals zu Hâvre. Trunksucht dürfe mit Irresein nicht auf gleiche Linie gestellt werden. Der Selbstmord schliesse die Klarheit des Denkens nicht aus. Zeugen haben *D.* immer für einen vernünftigen Mann gehalten. Als er das Testament machte, war er weder von Sinnen noch betrunken; in jenem liege kein Zeichen von Irresein.

Delasiauve sagt in seinem Referat: „Bei *D.* blieb das logische Denken ungetrübt, d. h. es bestand weder Manie, noch Verwirrtheit, noch allg. Paralyse, noch Blödsinn, auch nicht fixer Wahn (Monomanie). So bleibt man stehen vor jener Form, woran man so wenig denkt, obgleich sie so wichtig und häufig ist, die wir als „Pseudo-Monomanie" oder „Délire partiel diffus" beschrieben." (Allerdings wird jeder deutsche Irrenarzt in obigem Falle eine häufige Form von Melancholie wieder erkennen. Melancholie mit zeitweisen Exacerbationen periodischer Angst und Furcht verschiedener Art und Neigung zum Selbstmord etc., mit darauf folgender Ruhe, Besonnenheit, selbst Erkennen des verkehrten geistigen Zustandes, Melancholie ohne Fixation der periodischen Befürchtungen, ohne Verwirrung des Denkens. Nach Excessen, die aus der Angst hervorgehen, nach Flucht-, Mord- und Selbstmordversuchen u. s. w. wird der Kranke oft gleich ruhig und der Ueberlegung wieder fähig. So erklärt es sich, dass der geisteskranke *D.* dennoch ein ganz verständiges Testament machen konnte. Ref.)

Seitens der Kirche wurde ein christliches Begräbniss verweigert. Das, sagt *Delasiauve*, steht in schreiendem Widerspruch mit den Thatsachen der Wissenschaft. In diesem Falle hatte der Selbstmord einen krankhaften Charakter. *D.* wollte sein Testament, aber nicht seinen Tod.

Traité de la Pellagre, par Dr. *E. Billod.* — Soll eine möglichst vollständige Monographie sein, die Allen zu empfehlen ist, welche sich über diese Krankheit belehren wollen. Vf. statuirt eine besondere Varietät der *Pellagra*, die in Asylen und bei Irren vorkommt.

Transport der Irren. — Nach dem Siècle vom 1. October 1865 macht der Präfect der Gironde die Unterpräfecten darauf aufmerksam, dass der Transport der Irren nach Asylen durch Gensdarmen dem Sinne und Wortlaute des Gesetzes vom 30. Juni 1838 widerspreche, und fordert sie auf, den Transport auf diese Weise nicht zu bewerkstelligen.

November- und December-Heft.

Die verschiedenen Irreseinsformen, von Dr. *Delasiauve.* — Das instinctive Irresein, Monomanie homicide. —

(Die Abhandlung bringt nichts Neues; 29 Beobachtungen, darunter 9 idiopathische, 5 paroxystische Fälle, 3 par substitution (Wechsel des Mord-Objectes), 9 par imitation (darunter drei Kranke, wel-

che von der *Henriette Cornier* gehört hatten), 3 Fälle bei Imbecillen. Vf. kennt fast nur die Mordsucht bei Pseudo-Monomanen.)

Diagnostische Betrachtungen über die verschiedenen Arten des Selbstmordes, von Dr. *Semelaigne.* — (Der Selbstmord ist nicht immer ein Act des Irreseins. 69 Beobachtungen.)

Der Einfluss des Mondes auf den Organismus im Allgemeinen und die Epilepsie im Besonderen, von Dr. *Berthier*, Chefarzt in Bicêtre. — (Die Frage wird nicht entschieden; ihre Lösung, wenn möglich, sei noch zu finden. Vf. citirt auch die uns bekannte Abhandlung *Koster's*.)

Historische Studien über das Irresein im Alterthum, von Dr. *Semelaigne.* (Fortsetzung aus früheren Jahrgängen.)

Dr. *Brosius.*

Annales médico-psychologiques*). Tome IV. Paris, 1858.

Januar-Heft.

Lélut. — Die Psychologie des Denkens. — Fortsetzung der in der gleichen Zeitschrift Tome I. 1855. p. 561 veröffentlichten Arbeit, verbreitet sich in ausführlicher Darlegung über die organischen Bedingungen der Uebung des Denkens.

Auzouy. — Du délire des affections. — Verfasser handelt von der Aenderung der Gefühle der Zuneigung („sentiments affectifs") (namentlich gegenüber *Gall*, der eignen Persönlichkeit, der Familie und der Gesellschaft) in den verschiedenen Formen der Geistesstörung.

Ihre unmotivirte andauernde Aenderung muss als Irresein der genannten Gefühle betrachtet werden; sie können umgewandelt, übertrieben, geschwächt, oder ganz verloren sein. Aus statistischen Erhebungen bei 415 Gestörten erscheinen sie dem Verfasser nur bei 7,20 pCt. unversehrt, bei 20,40 pCt. umgewandelt, bei 18,55 pCt. gesteigert, bei 27,55 pCt. geschwächt, bei 26,26 pCt. völlig verloren. Hierbei erwiesen sich übrigens sehr grosse Verschiedenheiten bei den einzelnen Formen der Störung; so waren sie bei Manie und Melancholie bei 30 pCt. der Kranken umgewandelt, bei 33 pCt. gesteigert und nur bei 5 pCt. verloren, während bei den psychi-

*) Die Relation der hier folgenden Jahrgänge vorliegender Zeitschrift war mehrmals von Mitarbeitern angenommen und nach einiger Zeit wieder abgelehnt worden. Dem Eifer der Herren Collegen in Illenau verdanken wir, dass wir der Vollständigkeit genügen können. Cf. Bd. XVI. S. 383. Red.

schen Schwächezuständen nur bei wenig Procenten eine Umwandlung oder Steigerung, dagegen bei 35 pCt. eine Abschwächung und bei 45 pCt. völliger Verlust verhanden war.

Die Qualität der Störung der „Sentiments affectifs" wird für die einzelnen Formen an Beispielen näher beleuchtet.

Girard. — Erörterung über einen Fall allgemeiner Paralyse — bildet nur einen Nachtrag zu einem in T. III. 1856 der gleichen Zeitschrift ausführlich besprochenen Legalfall („Opinion sur la monomanie" T. III p. 24). Es handelt sich um die Anklage des Missbrauchs des öffentlichen Vertrauens bei einer Dame aus den besten Ständen, deren Geisteszustand verschiedene ärztliche Beurtheilung fand. Gegenüber einem auf psychische Gesundheit lautenden Gutachten sucht *Girard* aus einer allmählig fortschreitenden Abnahme der Intelligenz, Kopfschmerzen, Verminderung der Bewegungsfähigkeit und Gefühlsschärfe der Extremitäten, das Vorhandensein der allgemeinen Paralyse zu constatiren. Ohne Zweifel handelt es sich in dem betreffenden Falle um eine schwere Gehirnerkrankung, dagegen möchten wir nicht mit dem Verfasser die vorhandenen Erscheinungen bald auf „Ramollissement du cerveau", bald auf „Paralysie générale" als zwei sich deckende Begriffe beziehen.

Pontier. — Ueber den Geisteszustand der *Marie Pons*, des Mordversuches angeklagt. — Die 47 Jahre alte, ledige, durch directe Anlage zu Seelenstörung prädisponirte Büglerin *Marie Pons* ward angeklagt, einen Mordversuch auf ihre Nachbarin gemacht zu haben. Die Untersuchung konnte ohne Schwierigkeit das Vorhandensein einer auf Grundlage der Heredität durch psychisch deprimirende Momente hervorgerufenen Psychose mit dem Charakter des „Verfolgungswahnes mit Sinnestäuschungen" nachweisen.

Das Gutachten führte deshalb zu dem Resultate: *M. Pons* sei wirklich seelengestört, sie gehöre in die Classe der „monomanes lypemaniaques hallucinés"; die Störung gehe auf eine sehr entfernte Periode zurück, Simulation sei auszuschliessen, endlich habe sie zweifellos unter dem Einfluss ihrer Geisteskrankheit den ihr zur Last gelegten Mord-Versuch gemacht, für welchen sie deshalb nicht verantwortlich gemacht werden könne.

(Freisprechung, Aufnahme in die Irrenanstalt).

April-Heft.

Gratiolet. — Naturgeschichte des menschlichen Schädels. — Verfasser beleuchtet an der Hand der vergleichenden Anatomie

und unter völliger Verwerfung der Phrenologie einige Beziehungen des Schädels zum Gehirn in folgendem kurzen Resumé:

Die innere Tafel des Schädels steht in directer Beziehung zu dem Gehirn, nur in sehr geringem Maasse ist das bei der äusseren Tafel der Fall, um so weniger, je mehr die *Diploë* an Dicke zunimmt. Die Schädelwirbel entsprechen im Allgemeinen nicht abgegrenzten Hirngegenden, nur das Stirnbein — dem Stirnlappen, die Kranznaht der *Roland*'schen Furche. Die Neigung der Kranznaht und die Gestaltung der horizontalen Durchschnitte des Schädels zeigen bei den verschiedenen menschlichen Raçen charakteristische Unterschiede. Die Stirne des Kindes ist grösser, als die des Erwachsenen im Vergleich zum Gesichte, nicht aber zu den übrigen Schädelgegenden. Das Gehirn wächst von der Geburt an rascher nach vorn und oben, als nach unten und hinten. Auch in den Nähten bestehen Raçen-Unterschiede, sie verknöchern früher bei den schwarzen als bei den weissen Raçen, wahrscheinlich, weil bei letzteren eine langsame, aber stetige Vergrösserung des Gehirns einen grossen Theil des Lebens fortdauert; bei den wilden Raçen sind die Schädelknochen sehr dick, der *Sinus* gar nicht vorhanden, bei den weissen dünn, leicht gebaut und mit geräumigem *Sinus* verbunden. Hieraus erklärt sich eine grössere Entwickelung des Gehirns und zugleich der Intelligenz bei den weissen Raçen.

Baillarger. — **Ueber die anatomische Ursache einiger unvollkommenen Hemiplegieen bei Paralytisch-Blödsinnigen.** — *B.* stellt sich die Frage, worin die anatomische Ursache der im Verlauf der allgemeinen Paralyse nicht seltenen halbseitigen Lähmung liege? Er findet die Antwort in einer weiter fortgeschrittenen Atrophie der entgegengesetzten Gehirnhälfte, welche in sieben beobachteten Fällen 20—62 Gran weniger, als die gleichseitige Hemisphäre gewogen haben. Diese unsymmetrische Atrophie werde durch halbseitige Congestionen nach dem Gehirn bedingt, welche unter der Form apoplektiformer Anfälle anfänglich bald vorübergehende, endlich nach häufiger Wiederholung dauernde, meist unvollständige halbseitige Lähmungen zur Folge hätten. Der Arbeit sind vier Beobachtungen mit Leichenbefund beigegeben.

Dagonet. — **Gerichtliches Gutachten über den Geisteszustand der *Brigitte Allbrecht von Rohr*, des Mordes angeklagt.** — *Brigitte Allbrecht*, die vor 8 Jahren an zweifellosem Irresein gelitten hatte, und seitdem als „halbgestört" von der öffentlichen Meinung bezeichnet wurde, ermordete in Folge einer auf

dämonomanischem Wahne beruhenden Gehörstäuschung in plötzlichem Antriebe das Kind ihrer Schwester und verkündete alsdann laut ihre That, ohne Reue zu zeigen. Das Gutachten lautete dahin: *Brigitte A.* leidet an Geistesstörung und zwar an einer als „Lypemanie avec impulsions homicides" zu bezeichnenden Form. Die Störung ist schon von langer Dauer, sie fesselt vollständig die moralische Freiheit und das freie Wollen. Gegen Simulation spricht vor Allem die ungemeine Schwierigkeit, die vorliegenden Erkrankungsformen nachzuahmen, ferner die öffentliche Selbstanklage und der lebhafte Protest gegen Geisteskrankheit.

Cazenave. — Gerichtsärztliches Gutachten über den Geisteszustand des *Clément Bisquesburn.* — *Cl. B.*, angeklagt der Verwüstung der Erndte, der Beschimpfung der öffentlichen Gewalt etc., bereits 20 Jahre zuvor in einem Anfall von Geistesstörung in Charenton behandelt, das unmittelbar vorausgehende Jahr an lebhafter Aufregung leidend, sprach die von ihm verwüsteten Felder, obgleich sie durch Erbtheilung seiner Schwester zugefallen waren, hartnäckig als sein Eigenthum an, auf dem es ihm freistehe, nach Willkür zu verfahren. Die Geistesstörung konnte leicht nachgewiesen werden; die Gerichtsärzte erklärten: *B.* leide an partieller Geistesstörung, er müsse im Interesse seiner eigenen Person und der öffentlichen Gesellschaft von dem Orte der That entfernt und einer besondern Behandlung unterworfen werden.

Levincet und *Billod.* — Gerichtsärztliches Gutachten über den Geisteszustand des *Charles P.* — (Mordversuch auf die Person eines Magistraten, in Folge der Wahnvorstellung, dass ihm grosse, durch Processe genommene Capitalien zurückgehalten würden.) *Charles P.* leidet an partieller Seelenstörung; die Störung trägt den Charakter der „Lypemanie mit vorneigender krankhafter Processsucht und Neigung zu mörderischen Angriffen auf die Magistraten, welche die nach seinem Wahne ihm zugesprochenen Summen zurückhalten." Die freie Willkür fehlt wenigstens für die Handlungen, welche, wie die angeschuldigte, den unmittelbaren Ausfluss der Wahnvorstellungen bilden. Wahrscheinlich stand der Angeklagte zur Zeit der Ausführung der fraglichen That unter dem Einfluss dieses Geisteszustandes.

Juli-Heft.

Foville. — Physiologische Betrachtungen über den epileptischen Anfall. — Verfasser stellt sich die Aufgabe, eini-

ges Licht auf den der Forschung schwer zugänglichen Mechanismus der epileptischen Anfälle zu werfen. Er versteht unter Epilepsie nicht allein deren idiopathische Form, sondern auch die sympathische und symptomatische, die epileptiformen Anfälle und die Eklampsie. Er machte seine Untersuchungen an der Hand der Physiologie und kommt unter Berücksichtigung fremder Forschungen zu folgenden Schlüssen: Die convulsiven und apoplektischen Anfälle, bekannt unter den verschiedenen Namen Epilepsie, Eklampsie, und epileptiformen Anfälle, sind ihren Erscheinungen nach identisch. Die charakteristischen Symptome dieser Anfälle sind Aeusserungen der motorischen inneren Leistungs-Fähigkeit des verlängerten Markes (der Reflex-Thätigkeit). Die convulsiven Erscheinungen des epileptischen Anfalles erzeugen die Asphyxie, und diese hat ihrerseits die Folge, die convulsiven Erscheinungen aufzuheben, indem sie augenblicklich die motorische Function des verlängerten Markes lähmt. Jede Erregung, welche fähig ist, Reflexbewegungen hervorzurufen, kann epileptische Anfälle verursachen, sie wird es um so leichter thun, wenn sie Organe trifft, welche mehr geeignet sind, die Reaction des verlängerten Markes hervorzurufen, oder wenn die Erregbarkeit des letzteren mehr gesteigert wird. In der Behandlung der Epilepsie liegt die Hauptindication darin, die erregende Ursache der Anfälle zu unterdrücken; wenn dies unmöglich ist, soll man die Reflexerregbarkeit des verlängerten Markes herabzusetzen suchen.

Baillarger. — Ueber den paralytischen Blödsinn und die Manie mit Grössenwahn (Délire ambitieux). — Man versteht unter allgemeiner Paralyse sehr verschiedene Erkrankungen, darunter namentlich zwei Hauptgruppen: 1) einfach fortschreitenden Blödsinn mit Bewegungs-Störungen; 2) lebhafte Tobsucht mit Grössenwahn und leichter Sprachstörung. Man bezeichnet die eine als chronische, die andere als die acute Form, resp. Periode der gleichen Erkrankung.

Diese Auffassung ist nach *Baillarger* ganz unrichtig, denn die Symptome beider sind sich völlig entgegengesetzt (hier Reizung, dort Lähmung), ebenso der anatomische Befund (hier nur Congestiv-Zustände, namentlich sehr starke Hyperaemie des Gehirns — dort Atrophie; Vermehrung des Gewichts des Gehirns im ersten, Verminderung im zweiten Falle). Analog gestalte sich schon der Hirnbefund bei einfacher Manie und einfachem Blödsinn, nur in viel weniger ausgesprochenem Grade. *B.* sucht nun weiter die seiner Anschauung entgegenstehende allgemein verbreitete Annahme der Einheit der beiden genannten Symptomengruppen durch eine Reihe von Kranken-

geschichten zu widerlegen. Es sei unrichtig, dass die Manie ambitieuse mit leichten motorischen Störungen stets zu paralytischem Blödsinn führen müsse, sie könne auch vollständig oder mit leichtem Defect heilen, in chronische Manie oder einfachen Blödsinn übergehen (?), direct zu tödtlichem Ausgange führen, oder endlich nur eine Erscheinungsform der „Folie à double forme" darstellen (?). Hieraus und aus dem in einer Reihe von Fällen unzweifelhaften Auftreten des paralytischen Blödsinnes ohne vorausgehende „Manie ambitieuse" folgert nun *B.*, die letztere sei eine von der ersteren ganz verschiedene (?) Affection, welche er „Manie congestive" genannt wissen will; ihr Verhältniss zum paralytischen Blödsinn sei das gleiche, wie das der einfachen Manie zum einfachen Blödsinn (hypothetische Annahme von geringer Wahrscheinlichkeit!).

Etoc-Demazy. — Ueber die Seelenstörung des *Charles P.* — Wir erfahren hier, dass der wegen Mordversuchs auf die Person eines Magistrats im April-Hefte dieses Bandes begutachtete *Charles P.* nach Jahresfrist nach einer heftigen Attaque von Intermittens genesen aus der Anstalt entlassen werden konnte.

October-Heft.

Sauze. — Ueber die Remissionen im Verlaufe der allgemeinen Paralyse. — *S.* behandelt, auf eine Reihe von Beobachtungen gestützt und unter Benutzung der Literatur, die interessante, aber schwierige Frage über Bedeutung der Remissionen im Verlaufe der allgemeinen Paralyse und kommt zu folgenden Resultaten: diese Remissionen können sich unter drei Hauptformen darstellen, in der ersten verschwinden die Zeichen der Paralyse vollständig, während die *Dementia* zurückbleibt, die zweite Form charakterisirt sich dagegen durch das Andauern der paralytischen Störungen bei scheinbarer Abwesenheit der Geistesschwäche, die dritte Form endlich durch Besserung von *Dementia* und Paralyse. Ausser diesen drei Hauptformen giebt es auch Remissionen, welchen man keinen streng präcisirten Platz in der Pathologie anweisen kann. In allen Remissionen, welcher Hauptform sie angehören mögen, findet man ein gemeinschaftliches Symptom, d. i. eine mehr oder weniger ausgesprochene „Schwäche der intellectuellen und moralischen Fähigkeiten." Diese Schwäche ist mitunter schwer abzuschätzen, fehlt aber nie und kann dem sachverständigen Arzte nie entgehen, in einigen weniger glücklichen Fällen bestehen aber neben derselben noch einige Delirien, einige Reste von Grössenwahn. Da alle diese Kranken sich im Zustande der *Dementia* befinden, so ist der freie

Wille stets beeinträchtigt; begehen sie ein Verbrechen oder Vergehen, so müssen sie als unzurechnungsfähig betrachtet werden, sie sind nicht fähig, ihr Eigenthum zu verwalten, noch Zeugniss abzulegen (?), sie müssen im eigenen und ihrer Familie Interesse entmündigt werden, ihre Isolirung, selbst in einem Asyle, ist eine ihrer Gesundheit günstige Maassregel.

Auzouy. — Ueber den Cancer des Gehirns. — *A.* führt drei mit Sectionsbefunden versehene interessante Beobachtungen von Neubildungen im Gehirn vor (ob diese als Cancer bezeichneten Neubildungen dem Carcinome der neuen Schule entsprechen, wagen wir nach der angegebenen anatomischen Beschreibung nicht zu entscheiden), zweimal mit dem Sitze im rechten Vorderlappen des Grosshirns, einmal im Kleinhirn. Die an die Beobachtung angeschlossenen Bemerkungen enthalten keine Bereicherung der Pathologie der Gehirntumoren.

Aubert. — Ueber die Form des Deliriums bei Pellagrösen. — Verfasser, der zahlreiche pellagröse Seelengestörte behandelte, verbreitet sich über die Form der Störung bei Individuen, welche erst im Verlaufe der Psychose an Pellagra erkrankten. Diese stellt sich stets dar als allgemeine tiefe Depression, als Melancholie mit Stumpfsinn oder als Blödsinn. Welche Störungsform auch vorausgehen mag, sobald das Exanthem sich einstellt, tritt Depression, Muthlosigkeit, Schweigsamkeit, Abgespanntheit, Willenlosigkeit, grosser Widerwille gegen jede Bewegung ein.

Mit dem Schwinden des Exanthems kann auch die Melancholie weichen, um im folgelden Jahre mit jenem wiederzuerscheinen, immer besteht aber eine grosse Gefahr zu raschem Uebergang in Blödsinn. Der Hang zu Selbst- und Menschenmord, von anderen Autoren diesen Kranken vindicirt, ist nach *Aubert* sehr selten.

D'Egys und *Dagonet.* — Gerichtsärztliches Gutachten über den Geisteszustand der *Mélanie Ott*, des Diebstahls angeklagt. — Die Referenten führen uns in einem ausführlichen Bericht die auf eine genaue Anamnese und sorgfältige Beobachtung gegründete, sehr anschauliche und lesenswerthe Geschichte der Erkrankung der Angeklagten vor.

Diese bietet vielfaches Interesse, einmal durch ihre Aetiologie (traumatische Verletzung des Kopfes in früher Jugend), sodann durch ihre Form (nach dem Verfasser „Folie ambitieuse"), die wir als Wahnsinn (völlig umgewandelte Persönlichkeit mit affectvollem, dieser

entsprechendem Handeln) bezeichnen möchten. Im Wahne hoher Abkunft, die Eltern nur als bezahlte Pfleger betrachtend, führte sie eine Reihe von Jahren ein im höchsten Grade romantisches Dasein, mit vom Hause entwendetem Gelde legte sie grosse Reisen zurück und suchte bald da, bald dort ihr Recht zur Geltung zu bringen. Alles geschah mit solcher Sicherheit und solchem Grade von Wahrscheinlichkeit, dass sie lange Zeit sogar die lauernde Polizei ihrer Vaterstadt täuschte. Später entwedete sie mancherlei fremdes Eigenthum, um damit Arme zu unterstützen.

Natürlich lautete das Endgutachten auf Vorhandensein von Seelenstörung, welche die Angeschuldigte des Bewusstseins ihrer Thaten beraube. Es wurde die Aufnahme in die Irrenanstalt beantragt.

Billod. — Gerichtsärztliches Gutachten über den Geisteszustand der Frau *Adeline Sch.*, angeklagt, die eigenen Kinder misshandelt und mit Schlägen verletzt zu haben. — Nach dem ärztlichen Gutachten leidet Frau *Sch.* zur Zeit der Beobachtung an keinem Zeichen von Geistesstörung, aber zweifellos hat sie zu wiederholten Malen an wohl charakterisirten Erscheinungen von Störung gelitten, welche als ebenso viele Anfälle einer periodischen Psychose betrachtet werden können, deren Intervalle wahrscheinlich Intermissionen darstellten.

Diese Störung, möglicherweise Folge der Epilepsie und hauptsächlich charakterisirt durch maniakalische Anfälle mit Hang zur Gewaltthat und Wuth bis zum Mordtriebe, beraubte die Angeschuldigte des freien Willens und in Folge dessen der Verantwortlichkeit der allgemeinen Handlungen. Da endlich die Form von Geistesstörung mit schwerer Gefährdung der öffentlichen Sicherheit verbunden ist, so ist die Aufnahme der Frau *Sch.* in eine Irrenanstalt dringend geboten. (Freisprechung und Aufnahme in die Irrenanstalt.) Dr. *Kirn.*

Annales médico-psychologiques. Tome V. Paris, 1859.

Januar-Heft.

Klinische Untersuchungen über die Gebrauchsweise des Opium in der Manie, von Dr. *Le Grand du Saulle.* — Unter Beibringung von 8 Krankengeschichten theilt Verf. seine Behandlung und deren Erfolg in Fällen von Manie mittelst Opium in steigender Gabe mit. Der Darreichung des Mittels liess er gewöhnlich ein Bad und ein Abführmittel vorausgehen, reichte dann 2½—5 Centigramm. *Extr. Opii gummos.* pro die, womit er in manchen Fällen bis zu 20 und 50 Centigr. stieg. Auf der Acme des Tobsucht setzte

er plötzlich aus und sah von da an meist eine bedeutende Besserung eintreten, die binnen 8—35 Tagen dann in Reconvalescenz überging. Verf. will in Fällen frischer Manie ein Heilungsverhältniss von 3½ zu 5, in Fällen von chronischer Manie von 1—6jähriger Dauer ein solches von 1½ : 10 erzielt haben.

Gerichtlich-medicinisches Gutachten von Dr. *Aubanel* über einen geisteskranken Mörder. — Es betrifft einen 18jährigen Zögling eines Priesterseminars, der einen Kameraden und Freund Nachts im Bett mit einem Stockdegen zu erstechen versucht und gleich nach der That sich dem Gericht gestellt hatte. Erbliche Anlage, Gehirnkrankheit mit Convulsionen im dritten Jahr. Nach einem Erysipel mit Delirien Ausbruch der Störung, die anfangs sich durch Aenderungen des Charakters, verschiedene Excentricitäten verrieth, in melancholische Depression mit Selbstmordgedanken überging. Später Mordtriebe, denen der Kranke nach langem Kampf erlag. Die Expertise, die erst spät im Verlauf der gerichtlichen Verhandlung begehrt wurde, wies die Unfreiheit des Seelenzustandes nach.

April-Heft.

Ueber eine den Geisteskranken eigenthümliche Varietät von Pellagra, von Dr. *Billod*. — *B.*'s Arbeit besteht wesentlich aus einer Reihe von Anstaltsberichten aus französischen Anstalten, die ihm über ein der Pellagra Oberitaliens ähnliches, bei Irrenanstaltsbewohnern aufgetretenes Erythem zugekommen sind und das Vorkommen desselben in der Mehrzahl der französischen Anstalten ergeben. *B.* lässt die Frage offen, ob dieses meist im Frühling und an den gleichen Stellen wie die Pellagra erscheinende, offenbar auf Insolation beruhende Erythem mit der Pellagra Ober-Italiens identisch ist. Während des Jahres 1858 hatte Verf. Gelegenheit, im Asyl zu St. Gemmes 12 Fälle dieser Hautaffection zu beobachten (7 Männer, 5 Frauen), die bald als rothes Erythem mit Phlyctänenbildung, bald als schwarzes, wahrhaft pellagröses erschien und meist mit Digestionsstörungen verlief. Einzelne Irre, die früher Pellagra unterworfen waren, erlitten gleichzeitig Recidiven (Diarrhöe, Erythem, rasch zunehmender, in einzelnen Fällen zum Tod führender Marasmus) und verfielen fast alle in melancholische Depression. Nur zur Zeit der Eruption des Exanthems vertrat vorübergehend Manie die Stelle der psychischen Depression.

Aus 10 Autopsieen zeigt *B.*, dass weisse Erweichung und zwar meist der vorderen und hinteren Rückenmarksstränge (7 Fälle) ein constanter Befund der im Marasmus gestorbenen pellagrösen Irren

ist und zwar mit grosser allgemeiner Körperschwäche einherging, nie aber Symptome von Lähmung herbeiführte.

Die Pseudomonomanieen (Folies partielles diffuses), von Dr. *Delasiauve*. — Nach einem geschichtlichen und kritischen Ueberblick der bisher gebräuchlichen Eintheilungen der Seelenstörungen, deren Unvollkommenheit er nachzuweisen sucht, schlägt *D.* vor, die Irreseinszustände in zwei Hauptgruppen, allgemeine und partielle, zu scheiden. Der letzteren charakteristisches Criterium bilde die erhaltene Fähigkeit, richtig zu urtheilen und zu schliessen. Wesentlich unterscheidende Züge bestehen zwischen beiden. Schon der Umstand, dass Pseudomonom. plötzlich ausbrechen, die systematischen Monomanieen sich langsam ausbilden, ist wichtig. Der Pseudomonom. hat ferner das Bewusstsein seiner Krankheit, seine Vorstellungen sind wechselnd, während dagegen der Monomane bei Erklärungsversuchen der in ihm vorhandenen Veränderungen bald zu Wahnvorstellungen komme, die im Bewusstsein sich festsetzen und ausbilden. Die Monomanie heilt selten, die Pseudomonom. öfters, kann aber auch in jene sich umwandeln. Ebenso kann das Vermögen zu schliessen dem Pseudomonom. mit der Zeit verloren gehen, ohne dass aber damit Manie gesetzt wäre.

Gerichtl. Gutachten von Dr. *Aubanel* über einen gew. *T. R.*, der seine Frau erstochen hatte. — Zweifelhafte Seelenstörung, Verweisung in die Irrenanstalt zur weiteren Beobachtung.

Juli-Heft.

Ueber die Verwendung der Elektricität bei der Behandlung Seelengestörter, von Dr. *Teilleux*. — Therapeutische Versuche, die Verf. bei Kranken mit der Inductions-Elektricität in keineswegs exacter Weise anstellte, und die ihn zum Schluss führen, dass dieselbe als therapeutisches, diagnostisches und Disciplinarmittel (ähnlich der Douche. wie sie in manchen Anstalten zur Anwendung kommt) Dienste leisten kann.

Untersuchungen über die Ohrblutgeschwülste der Irren, von Dr. *A. Foville*. — Nach einigen literärgeschichtlichen Notizen über die Othaematome, wonach *Ferrus* 1838 sie zuerst in Frankreich beschrieben haben soll, nachdem sie in Deutschland durch *Bird* schon 1833 bekannt waren, weist Verf. nach, dass sie auch bei Nichtirren (in Jarjavy bei Ringern, Faustkämpfern) vorkommen. Sie bestehen in einem Bluterguss u. s. w. zwischen Knorpel und

Perichondrium, der dieses erhebt. In dem Maasse, als der Erguss resorbirt wird, schrumpft jenes und setzt neue Knorpelplatten an seiner Innenfläche ab. Durch diese Processe erklären sich die Verbildung und Verdickung der Ohrmuschel.

In naher pathogenetischer Beziehung zur Blutgeschwulst stehen Congestionszustände, die man häufig zur Zeit ihrer Bildung beobachtet. Sie haben grosse Aehnlichkeit mit den neuroparalytischen Hyperaemieen, die bei den bekannten Durchschneidungsversuchen des Halssympathicus von *Claude Bernard* beobachtet wurden, ohne dass aus dieser Analogie aber bis jetzt ein Schluss für die Pathogenese der Blutgeschwülste gezogen werden dürfte.

October-Heft.

Die Entdeckung der allgemeinen Paralyse der Irren und die Ansichten der ersten Autoren über diese Krankheit, von *Baillarger*. — Lesenswerthe historische Entwickelung der Krankheit und der Anschauungen über dieselbe von *Esquirol* (1814) bis auf *Delaye* (1824).

Ueber die Functionsstörungen der Haut (Sensibilität, Wärmebildung, Secretion und Absorption) und die Wirkung der Elektricität (Faradisation) bei Irren, von Dr. *Auzouy*. — *A.* macht zunächst auf die Häufigkeit der Analgesie bei Irren aufmerksam, die im Allgemeinen der Höhe der geistigen Störung parallel gehe und mächtigen Einfluss auf die Entwicklung und den Verlauf intercurrirender Krankheiten der Seelengestörten habe. Eines der wichtigsten Mittel zu ihrer Bekämpfung sei die Faradisation, die auch zugleich über Umfang und Grad der Sensibilitätsstörung wichtige diagnostische Aufschlüsse gebe. In therapeutischer Beziehung kommt die Elektricität zunächst in Betracht als mächtiges Mittel, um eine heilsame Umstimmung der ganzen Oekonomie zu bewirken und besonders in Fällen, wo Apathie, Stupor sich der Kranken bemächtigt, ist sie ein heroischer Eingriff ins Nervenleben, der ein mächtiger Lebensreiz für dieses wird und zunächst die Circulation anregt und die Functionen der Haut begünstigt. Auch Nahrungsverweigerung, hartnäckige Schweigsamkeit kann mit Vortheil durch den Inductionsapparat bekämpft werden, ebenso wirkt er gleichsam als traitement moral zur Beherrschung und allmäligen Unterdrückung von Wahnvorstellungen. Ganz besonderen Werth dürfte er für die Behandlung von Melancholisch-Kataleptischen haben.

Auch die gerichtliche Psychiatrie dürfte Nutzen von seiner Anwendung ziehen, besonders bei Simulanten, die durch den Schmerz,

den der Strom erzeugt, zur Aufhebung ihrer Rolle bewogen werden können, wie dies auch wirklich Verf. in einem zweifelhaften Fall gelungen ist. Dr. *von Krafft-Ebing.*

Annales médico-psychologiques. Tome VI. Paris, 1860.

1. Heft.

Baillarger, **Entdeckung der allgemeinen Paralyse und die Lehren der ersten Schriftsteller darüber.** — Fortsetzung des historischen Aufsatzes, beginnend mit *Bayle*'s zweiter Arbeit (1825), die seine erste — Nachweisung der Hirncongestion als ätiologisches Element — durch Verbindung des Grössenwahnes mit der Paralyse vervollständigt. *Haslam* hatte 30 Jahre vor *Bayle* ein kurzes, unbeachtet gebliebenes Bild der Krankheit geliefert; seit 1814 hatte *Esquirol* auf die allgemeine Paralyse bei Seelengestörten, besonders die erste Erscheinung in der Sprache hingewiesen, sie aber noch als eine zu den verschiedenen Formen der Seelenstörung hinzutretende Krankheit betrachtet. *Bayle* bezeichnete das Leiden als neue Art der Seelenstörung „aliénation ambitieuse avec paralysie ou méningite chronique", Grössenwahn mit Blödsinn und allgemeiner, fortschreitender Paralyse, in der die Paralyse als zugehörige Symptomengruppe, nicht als Complication bezeichnet wird. *Esquirol* und *Bayle* gebühre gemeinschaftlich die Ehre dieses grossen Fortschrittes in der Geschichte der Seelenstörungen.

Marcé, **Ueber eine Form hypochondrischen Deliriums in Folge von Dyspepsieen und vorzüglich durch Nahrungsverweigerung charakterisirt.** — Verf. geht von der Dyspepsie aus, die bei manchen jungen Mädchen nach vorschneller körperlicher Entwicklung zu Zeit der Pubertät vorkomme und entweder in hartnäckiger Abneigung gegen Nahrungsmittel oder schmerzhafter, von Gasentwickelung, Abgeschlagenheit, Uebelsein begleiteter Verdauung bestehe. Wenn diese Dyspepsieen junge Personen befallen, die durch Erblichkeit oder die tiefe nervöse Störung, welche den Eintritt der ersten Menstruation begleitet, prädisponirt sind, können dieselben durch leicht zu verfolgende Ideenverbindung ein wirkliches Delirium erzeugen. Lebhaft ergriffen durch den Appetitmangel oder den Schmerz bei der Verdauung kommen die Kranken zu dem Wahne, dass sie nicht essen dürfen, nicht essen können; die gastrische Neurose verwandelt sich in Hirnneurose. Abmagerung

und alle Folgen der Nahrungsverweigerung treten mit Zunahme und Ausbreitung des Wahnes und Widerstandes ein. Besonders betont wird die anatomische Integrität der Digestionsorgane und damit die Wirksamkeit ärztlichen Einschreitens, selbst dann, wenn die Kranken schon der Unheilbarkeit und dem Tode verfallen scheinen. Die Kur erfordert Entfernung der Kranken aus der gewohnten Umgebung, unbeschränkten Einfluss des Arztes, der die Kranken zu allmälig reichlicherer Nahrungsaufnahme bestimmt oder nöthigt. Bittere Mittel, Eisen können nützliche Beihülfe leisten. Verf. macht noch auf die häufig vorkommende Abneigung gegen hinreichende Nahrungsaufnahme und die Nothwendigkeit kräftiger Nahrung in einer grösseren Zahl von Neurosen aufmerksam. Zum Belege zwei Krankheitsgeschichten.

Girard de Cailleux, Folie circulaire — Monomanie raisonnante mit nachfolgender melancholischer und hypochondrischer Depression. Argwohn willkürlicher Detention. Oeffentliches Aufsehen.

Le Grand du Saulle, Gerichtsärztliche Studien über Hysterie und über den Grad der Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen und Seelengestörten vor dem Gesetze, veranlasst durch einen ne en Process.

Rénaudin, Bemerkungen über Statistik der Seelengestörten. — Enthält allgemeine statistische Angaben von 1835—1853, mit interessanten Bemerkungen über die Zunahme der Kranken und die Ursachen dieser Zunahmen, das Verhältniss der Geschlechter und warme Befürwortung der Fürsorge durch Anstalten.

Parigot, Observations sur le régime des aliénés en Belgique. — Die ausgesprochenen Wünsche für bessere Administration, durch Beschränkung des Localcomités, durch Ernennung eines Directors und eines ärztlichen Directors unterstützte *Moreau*.

Zum Schlusse ein Verzeichniss der in sämmtlichen Departementsanstalten angestellten Aerzte und Vorsteher von Privatanstalten, mit denen das Departement einen Vertrag hat.

---

2. Heft.

Teilleux, Ueber eine den Seelengestörten eigenthümliche Varietät von Pellagra. — Verf. legt in einem Briefe von

Billod seine Beobachtungen über das dem Pellagra ähnliche Erythem vor. Vom 1. Januar bis Ende October 1859 betrug der Krankenbestand der Frauenabtheilung zu Maréville 712. Unter diesen ward bei 8 Kranken das Erythem und zwar vom 26. Juni an beobachtet. Aus den angeführten Krankengeschichten zieht *T.* den Schluss, dass die von ihm beobachteten Fälle „pellagroiden Erythems" der Uebereinstimmung in Erscheinungen, Ursache und pathologischen Veränderungen ermangelten, dass es ihm unmöglich gewesen sei, die pathogenetische Beziehung zu bestimmen, die bestehen solle zwischen Erythem, der Form des Delirium, dem diarrhoischen Marasmus und der Veränderung des Rückenmarkes (Erweichung, die in einem Falle aufgefunden ward, in zwei anderen fehlte). Das einzige beinahe beständige Zusammentreffen beschränke sich auf die häufige Coexistenz der krankhaften Veränderung der Haut des Handrückens unter dem Einflusse der Hitze, besonders der Insolation der Seelengestörten von zerrütteter Constitution mit einem gestörten Zustande des Verdauungsapparates.

Verspricht, die Beobachtungen fortzusetzen.

Dumesnil, Die Ohrblutgeschwulst bei Seelengestörten. — Verf. schreibt dieselbe inneren allgemeinen Ursachen zu; Beweise seien das vorwiegende Vorkommen bei Paralytischen, das Fehlen derselben bei Epileptischen und anderen unruhigen seelengestörten Kranken, ist gegen traumatische Veranlassung. Diese Sache ist wohl durch Verbindung beider einseitig ungenügender Ursachen unterdessen erledigt.

Girard de Cailleux. — Gutachten über den Geisteszustand einer an Verrücktheit leidenden Frau wegen Entmündigung.

Billod, Simulation der Seelenstörung. — Erzählung eines Falles, über den das Gutachten bei sorgfältigerer Beobachtung vielleicht anders ausgefallen wäre. Schwierigkeit, andere Formen als Blödsinn, der meist der Simulation diene, zu simuliren.

Caffe, Ueber die im Baue begriffene Irrenanstalt zu Bassens in Savoyen, bei Chambers (schöne, gesunde Lage, wird für 380 Kranke aller Stände eingerichtet).

Société médico - psychologique. Verhandlungen über Somnambulismus.

Literatur.

Desmaison, Ueber spanische Anstalten, geschichtliche und ärztliche Untersuchungen.

Renault du Motey, Ueber die Anstalt zu Rodez.

Grandlaunay, Ueber die Anstalt zu Saint-Dizier.

Teilleux, Rechenschaftsbericht über die Anstalt Maréville vom Jahre 1858.

---

3. Heft.

Billod, Simulation der Seelenstörung durch einen des Diebstahls Angeklagten während der 25tägigen Haft im Gefängnisse. — Der dem Anscheine nach der Simulation Verdächtige ward in die Anstalt St. Gemmes gebracht, wo er unter der Douche seine Simulation eingestand, die er auch von da an unterliess. Folgen noch zwei Fälle, wo ebenfalls Blödsinn simulirt ward.

Brierre de Boismont, Programm für die Errichtung einer Musteranstalt für die Stadt Madrid. — Es erörtert ausführlich die Anforderungen an die äussere und innere Einrichtung einer Anstalt, ohne Neues zu bieten.

---

4. und 5. Heft.

Boileau de Castelnau, Von den Krankheiten des sittlichen Gefühls (sens moral). — In dem von reicher Erfahrung über die Entwickelungsgeschichte der Verbrecher zeugenden und durch Aussprüche von Aerzten, Philosophen und Rechtsgelehrten aller Länder und Zeiten geschmückten Aufsatze stellt Verf. neben secundärer auch eine idiopathische Erkrankung des moralischen Sinnes auf. Statt aber, wie man erwarten sollte, einen wirklich pathologischen Zustand der Art näher zu begründen und die Diagnose vom wirklichen Verbrecher zu versuchen, geht Verf. durch eine oft recht interessante Casuistik zu dem Beweise, dass die Störungen des sittlichen Gefühls und die daraus entspringenden Verbrechen Folgen fehlerhafter Erziehung und begünstigender schädlicher, körperlicher und psychischer Einflüsse sind und als Heilmittel dagegen Nachholung der Erziehung anzuwenden ist. Zuletzt decken sich bei ihm die Begriffe Krankheit des sittlichen Gefühles und Verbrechens aus geschwächter Sittlichkeit.

Baillarger, Das hypochondrische Delirium als Symptom und Vorläufer der allgemeinen Paralyse betrachtet. — Die von Melancholie begleitete allgemeine Paralyse sei oft während der ersten Periode von einfacher Melancholie schwer zu unterscheiden, doch sei eine Reihe von Wahnvorstellungen dabei so häufig, dass man ihnen eine specielle Beziehung zuschreiben möchte. Daher der Wahn, dass die Organe verändert, zerstört, der Körper verfault sei, diese und jene Organe fehlten, dass der Schlund verstopft, der Magen angefüllt, die Augen, der Mund sich nicht öffnen könnten, damit zusammenhängende Nahrungsverweigerung und dergl. Bei diesen von Melancholie begleiteten paralytischen Kranken trete oft der *Decubitus* in sehr früher Zeit ein. Hypochondrische Melancholieen deuten oft auf folgende allgemeine Paralyse. Endlich führt Verf. noch an, dass bei den Männern die Häufigkeit der Paralyse in allen Klassen gleich sei, dagegen bei den Frauen aus wohlhabender Klasse die Paralyse sehr selten, bei Frauen aus armer Klasse sehr gewöhnlich (très commune) sei.

Dr. *Hergt*.

Annales médico-psychologiques. Tome VII. Paris, 1861.

Berthier bespricht das Fieber in seiner Beziehung zur Geistesstörung. — Zuerst führt er die mit dem continuirlichen Fieber einhergehenden, meist auf Schwächezuständen beruhenden, Geistesstörungen an, sodann diejenigen, die mit intermittirenden Fiebern vorkommen. Davon trennt er das letzterem Fieber folgende *Delirium chronicum*, das nicht wie das erstere in Begleitung der genannten Fieber auftretende, eine Complication oder Mitsymptom des Krankheitsprocesses ist, sondern eine neue, an die Stelle der ersteren getretene Erkrankung. Letzteres soll besonders häufig unter der Form der Melancholie verlaufen, lange Zeit dauern und beinahe nie heilen. — Der Wirkung des Fiebers überhaupt auf den Verlauf einer Geistesstörung ist der 2te Theil der Arbeit gewidmet. Nach Aufführung eines Falls von Manie, der, schon als unheilbar bezeichnet, nach einer fieberhaften Erkrankung (qui se signalait par la prédominance des éléments bilieux et adynamiques) genas, resümirt Verf. seine Erfahrungen in folgenden Punkten:

1) Die Eruptionsfieber sind nicht ohne Einfluss auf den Gang der Geistesstörung.
2) Die parenchymatösen Entzündungen wirken oft kritisch im Verlauf der Manie.

3) Grosse Verbrennungen hatten bei 3 Frauen gleichfalls einen günstigen Ausgang zur Folge.

Ohne kritische Einwirkung verlief die Dysenterie.

4) Die Entwicklung der Tuberkeln bringt oft Beruhigung und Aufheilung der Geistesfunctionen mit sich.

5) Bei zwei Fällen von Erysipelas hatte der eine Störende Heilung nach sich gezogen. —

Das Fieber kann die Seelenstörung erzeugen oder modificiren oder compliciren. Da die Anwesenheit desselben (parceque la réaction circulatoire manque si souvent la fièvre de l'aliéné) oft schwer zu constatiren ist, so empfiehlt Verf. die genaueste Analyse des Einzelfalls.

Gerichtsärztliche Studie über die Epilepsie, von *Le Grand du Saulle.* — Der Aufsatz behandelt die Frage: ob die Ehe für Epileptische und deren Nachkommen gefahrlos sei? Die Frage wird verneinend beantwortet. Der aus Erfahrungsthatsachen geschöpften Darstellung der sexuellen Einflüsse auf die Entwicklung der Epilepsie folgt eine kurze Betrachtung über die hereditären Momente. Von 38,000 Epileptischen in Frankreich werden 3,000 auf fallsüchtige Eltern zurückgeführt.

Dr. Baume führt einen neuen Untersuchungsbericht über *Diraison's* Ermordung durch *Jean le Roux* auf.

Unter dem Titel Erreurs judiciaires werden von *Sauze* 4 Fälle von Diebstählen, ausgeführt durch paralystische Geisteskranke, erzählt. Verf. hat nachher bei jedem der betreffenden Kranken noch den Fortschritt des Leidens beobachten können. — Am Schlusse des Aufsatzes führt er an: dass Paralytiker in derartigen Fällen nie dieselbe Gewandtheit oder List wie Gewohnheitsdiebe anwenden.

Brunet. — Ueber den erworbenen und idiopathischen chronischen Hydrocephalus ventric. — Nach kurzer einleitender Bemerkung wird der Fall von einem 11jährigen Mädchen erzählt, die, ohne irgend welche ödementöse Körperstelle zu zeigen, bei der Section eine bedeutende Masse Flüssigkeit (über 1,087 Grammes) in dem 3. Ventr. und den Seitenkammern zeigte. Bildungsfehler und Hirntumoren fehlten durchaus, die Ventricular-Wandungen waren platt und ohne Injection; die Kranke hatte vom 4ten Jahre an Zunahme des Kopfvolumens und convulsivische Anfälle dargeboten.

Ueber die Irren Schottlands berichtet *Dumesnil*, gestützt auf den englischen Bericht des Dr. *Arth. Mitchell.* — Aus dem vorliegenden Auszuge, der auch noch skizzirte Schilderungen des Originals über Land, Sitten, Lebensweise etc. der Schotten giebt, geht dem französischen Ref. deutlich hervor, dass der Zweig der Irrenfürsorge in Schottland (und so wahrscheinlich auch in Irland) weit hinter seiner Ausbildung in Frankreich zurückstehe. Kritik der Vorschläge des Dr. *Mitchell* und eigene Vorschläge bilden den Schluss.

Girard de Cailleux giebt einen Auszug aus dem für den Seine-Präfecten bestimmten Bericht über die Irrenfürsorge für das Seine-Departement. — Im Zeitraum von 60 Jahren hat sich die Zahl der in Spitälern verpflegten Irren um das Vierfache und in 9 Jahren um ein Viertel vermehrt. Die Ursachen dieses Zuwachses werden dann in 7 Punkten einzeln besprochen. Nachdem sodann im Folgenden die ärztliche Fürsorge in den bestehenden Asylen im Seine-Departement, sodann die Genesungs-, die Aufnahme- und Entlassungsverhältnisse, das Resultat der Versetzung der Irren dahin besprochen und in jedem Punkte schlagend die Uebelstände nachgewiesen sind, findet der Bericht den einzigen Ausweg

1) in der Gründung einer Special-Pflege für die Irren der Seine,
2) in der Errichtung eigener Asyle für dieses Departement.

Zum Schluss werden noch ökonomische Vortheile als Begründung aufgeführt.

Billod. — Ueber die Störung der Ideenassociation. — Verf. unterscheidet zweierlei Arten: 1) solche, die unwillkürlich sich bilden und zwar nach der Gleichheit der Zeit und des Ortes, nach der Aehnlichkeit und dem Contraste; sie vollziehen sich unmittelbar und ohne geistige Anstrengung; Verfasser nennt sie zufällige Associationen; 2) solche, die einer gewissen geistigen Arbeit, der Aufmerksamkeit bedürfen und nicht vom Zufall abhängen; dahin rechnet er die Beziehungen zwischen Ursache und Wirkung, des Mittels und Zweckes, des Grundes und der Folge. Der ersteren Gruppe stellt er diese als constante Associationen gegenüber und weist nach den verschiedenen Anlagen und Berufsarten der Individuen die erstere vorzugsweise den Naturen mit vorwiegender Einbildungskraft, die letztere mehr den vorwiegenden Verstandesmenschen: den Philosophen und Gelehrten zu. — Im Weiteren spricht er nun von den durch falsche Ideenassociationen gebildeten falschen Urtheilen, die in der Substituirung einer constanten Association für eine zu-

fällige ihren Grund haben. Dieses Letztere sucht er nun des Einzelnen nachzuweisen in der Entwicklung und Verknüpfung von Wahndarstellungen bei den verschiedenen Arten des Irreseins, wobei er eine Reihe von Einzelbeispielen anführt. — In der Abschwächung oder vollständigen Aufhebung der Bildung von Ideenassociationen und der gleichschreitenden Auflösung des Gedächtnisses findet er einen der wesentlichen Charaktere des Blödsinns.

Brierre de Boismont bespricht die geschichtlichen Hallucinationen nebst einer kritischen Studie über die Stimmen und Offenbarungen der Jungfrau von Orleans. Es ist ein Auszug aus dessen Werk: Des Hallucinations. 3ième édit. 1861.

Boileau de Castelnau behandelt die Misopédie ou lésion de l'amour de la progéniture. — Charakteristisch für diese Krankheitsform ist, dass sie sich nur auf die eigenen Kinder erstreckt, und die Eltern keinen anderen Ort ihrer krankhaften feindlichen Willensrichtung zeigen. Er will sie durchaus von der blos quantitativen Abschwächung der Elternliebe getrennt wissen und stellt sie der *folie affective* als *maladie morale* gegenüber. Die Misopédie hat verschiedene Grade: von übertriebenen oder unbegründeten Vorwürfen gegen Kinder bis zu Misshandlungen, zur Verstossung, zur absichtlichen Tödtung derselben. Für letztere — im Gegensatz zur Tödtung der Neugeborenen — nimmt er das Wort *Pédoctonie* in Anspruch. — Eine Reihe einschlägiger Beobachtungen werden angeschlossen. — Als Ursache nimmt der Verf. eine erworbene oder angeborene psychische oder psychosomatische Erkrankung an und giebt prophylaktische (die Erziehung vorzugsweise berührende) und therapeutische Maassregeln.

Von *Dr. Rénaudin* folgt ein dem Seine-Präfecten erstatteter Bericht über die Organisation eines Asyls für Geisteskranke und zwar für alle Krankheitsformen. — Das Asyl soll unter der obersten Leitung eines Arztes stehen, für beide Geschlechter eingerichtet sein und ungefähr 20 Hectaren Land haben. Der Wärterdienst soll nur von Laien besorgt werden. Eine auf den wesentlichsten Erfordernissen einer Anstalt fussende Kostenberechnung liegt dem Aufsatz zu Grunde. Dr. *Schüle*.

Annales médico-psychologiques. Tome VIII. Paris, 1862.

Baillarger. — Ueber allgemeine Paralyse in ihren

Beziehungen zu *Ataxie locomotrice* und gewissen Paraplegieen. — Dieser Aufsatz liegt uns nur in einem Bruchstücke vor, welches keinerlei Abschluss erreicht und sich somit zu keiner eingehenden Besprechung eignet. *B.* will 5 Fälle von gleichzeitigem Vorkommen von Ataxie locomotrice und allgemeiner Paralyse beobachtet haben. Der Beginn beider Erkrankungen sei gewöhnlich gleichzeitig, im weiteren Verlaufe schreite häufig eine der beiden Affectionen weiter, während die andere stationär bleibe, oder beide machen gemeinschaftliche Fortschritte. Da aber die allgemeine Paralyse auch stets mit Störungen der Coordination der Bewegung beginnt, und der unterscheidende *Romberg*'sche Versuch von *B.* nicht erwähnt wird, so bleibt er uns die Begründung der Diagnose Ataxie locomotrice zunächst schuldig, denn die Symptome Strabismus, Ptosis, Amaurose, welche, wenn auch selten, bei allgemeiner Paralyse vorkommen, können diagnostisch kaum verwerthet werden.

Billod. — **Gerichtsärztliches Gutachten (Mord).** — Schuhmacher *Lacoste* tödtete bei Nacht mittelst Erstechens seine zweite Frau, mit der er erst seit 6 Monaten vermählt in sehr unfriedlicher Ehe gelebt hatte. Er zeigte die That vor Gericht an, ohne jede Reue zu äussern, indem er darauf bestand, seine Frau habe Ehebruch getrieben und ihm selbst nach dem Leben gestrebt. Der Angeklagte hatte schon längere Zeit vor der That deutliche Zeichen von Seelenstörung geboten, der Gerichtsarzt äusserte sich deshalb dahin: *Lacoste* habe im Augenblick der That nicht die Integrität seiner Geisteskräfte genossen, die Form der Störung, welche dem Verbrechen vorausging, es hervorrief und ihm folgte, sei Melancholie mit Exaltation und unwiderstehlicher Trieb zu feindlichem Handeln, sie habe nothwendig Verlust der Willensfreiheit und deshalb Unverantwortlichkeit zur Folge, Simulation sei auszuschliessen, die gegenwärtige Ruhe und Einsicht des Angeschuldigten dürfe nur als ein Intervall vor unvermeidlich wiederkehrenden Anfällen aufgefasst werden, weshalb im Interesse der öffentlichen Sicherheit *Lacoste* einer Irrenanstalt übergeben werden müsse.

Payen. — **Gerichtsärztliches Gutachten (Tödtung zweier Töchter).** — *Pagez*, ein nahezu 60 Jahre alter, sehr gut beleumündeter und sehr friedlich mit den Seinigen lebender Landmann, ermordete seine beiden Töchter, während sie schliefen, mittelst Spatenschlägen auf den Kopf. Wie nebst anderen Beweisen aus der äusserst charakteristischen Erzählung des Angeklagten hervorgeht, litt er an jener Form der Melancholie, welche, alle inneren Gegensätze überwindend, unwiderstehlich zu Gewaltthaten treibt,

nach deren Vollführung sich der Kranke im höchsten Grade erleichtert fühlt. Mehrere Monate hatte er diesen feindlichen Trieben widerstanden, bis er endlich erlag.

Das Gutachten lautet also: *Pagez*, welcher zur Zeit psychisch frei sei, habe an einer als Melancholie zu bezeichnenden Seelenstörung gelitten, welche ihn zum Mordtriebe disponirte, er sei im Augenblicke der That durchaus seiner Willensfreiheit beraubt und deshalb unzurechnungsfähig gewesen, und müsse, da er wegen künftig zu fürchtender Paroxysmen im höchsten Grade gemeingefährlich sei, der Irrenanstalt übergeben werden.

Bonnet. — Die Irrenanstalt zu Williamsburg (Virginien) — Der Aufsatz giebt uns vorzüglich die Reformpläne, welche Dr. *Gatt*, Director zu Williamsburg, für das Irrenwesen anstrebt; er verlangt unbedingtes Non-Restraint, Localversorgung in der Nähe der Anstalt, Fermes agricoles im Anstaltsgebiet, Beschäftigung der Anstaltsbewohner bei Landbauten der Nachbarschaft, sehr zahlreiches Wartpersonal, Anstalten mit nur einem Geschlecht, einheitliche Oberleitung.

Austin. — Das Verhalten der Pupillen in der allgemeinen Paralyse, übersetzt von *Duchemin.* — Das Verhalten der Pupillen ist nach des Verfassers Ansicht „vielleicht das wichtigste Symptom der allgemeinen Paralyse". In allen Fällen ist zu irgend einer Zeit die Beweglichkeit oder Symmetrie der Pupillen beeinträchtigt, im Beginne bestehe meist mehr oder weniger bedeutende Verengerung und Unbeweglichkeit, später die verschiedensten Formen der Asymmetrie. Weiter macht der Verfasser den kühnen Versuch, allerdings auf sehr viele Beobachtungen gestützt, die Art des jeweiligen Deliriums auf den Zustand der Pupillen zu beziehen, und kommt zu folgenden Resultaten: Wenn beide Augen in gleicher Weise leicht ergriffen sind, besteht kein Delirium, wenn die Veränderungen offenbar und gleichmässig auf beiden Augen ausgesprochen sind, ist das Delirium gemischt oder wechselnd, wenn beide Pupillen, aber in verschiedenem Grade, afficirt sind, ist das Delirium gemischt mit Ueberwiegen der dem mehr ergriffenen Auge entsprechenden Weise, wenn die rechte Pupille überwiegend verändert ist, ist der allgemeine Charakter des Deliriums der melancholische, dem tieferen Ergriffensein der linken Pupille entspricht maniakalische Aufregung und Grössenwahn.

Bonnet. — Ueber Folie transitoire homicide. — Verfasser sucht in einem ausführlichen Aufsatze zu beweisen, dass die Annahme einer „Folie transitoire homicide“ eine irrige sei, in Folge deren alltäglich die schrecklichsten Verbrechen, unter dem Deckmantel der Geisteskrankheit, ungesühnt blieben. Einer Anzahl der hieher gerechneten Fälle liege nur ausgesprochene psychische Erkrankung zu Grunde, welche sich neben anderen deutlichen Symptomen in Wuthanfällen äussern, diese bedürften nicht der Aufstellung einer besonderen Krankheitsform. Bei den meisten Fällen seien dagegen gar keine Zeichen von Seelenstörung nachweisbar, der Act der Tödtung entspringe entweder aus offenbarer Leidenschaft, oder er sei die einzige Erscheinung bei Individuen, welche sich vorher und nachher vollkommener psychischer Gesundheit erfreuen — in beiden Fällen muss die That dem Individuum zugerechnet werden, in nachdrücklichen Worten wird die Annahme eines unwiderstehlichen krankhaften Triebes zum Blutvergiessen bekämpft, welche schon so viele Verbrechen dem Arme der strafenden Gerechtigkeit entzogen habe (?) und in welcher die Hauptursache der erschreckenden Vermehrung der Morde in der Neuzeit zu suchen sei (?); das einzige Mittel, dieser vorzubeugen, bestehe in einem strengen criminellen Einschreiten!

Billod. — Gerichtsärztliches Gutachten über den Geisteszustand der des Giftmordsversuchs angeklagten *Kerdal.* — Die Dienstmagd *Kerdal*, geistig wenig begabt, böswilligen und rachsüchtigen Charakters, welche früher schon in gerichtlicher Untersuchung gestanden, ward überwiesen, ihrem Dienstherrn den Tag, nachdem er ihr aufgekündigt, eine Lösung von *Argent. nitric.* in die Milch geschüttet zu haben. Dem Experten gegenüber suchte sie, allerdings auf sehr ungeschickte Weise, hochgradige blödsinnige Schwäche zu simuliren. Das Gutachten lautet auf Fehlen jedes Irrseins und geistige Freiheit bei allerdings wenig entwickelten intellectuellen Kräften. (Verurtheilung zu 4 Jahren Gefängniss.)

Etoc-Demazy. — Gutachten über einen Fall von Mord. — *Louise G.*, Dienstmagd, von väterlicher und mütterlicher Seite zu Seelenstörung disponirt, geistig mässig begabt und in ihrem 21. Lebensjahre offenbar gestört, stürzte sich Nachts mit dem ihr anvertrauten Kinde ihrer Herrschaft in einen Wasserbehälter, sprang wieder heraus, während das Kind ertrank. Die deutlichen Zeichen von *Melancholia agitata* wurden alsbald nachgewiesen, weshalb das ge-

richtsärztliche Gutachten dahin lautete: *Louise G.* war während der Vollbringung der That seelengestört, auch jetzt ist sie noch gestört und gemeingefährlich, weshalb sie der Irrenanstalt übergeben werden muss.

Combres. — Gutachten über den Geisteszustand der *Christine R.*, der Brandstiftung angeschuldigt. — Die 25 Jahre alte *Christine R.* ward überwiesen, das Haus ihres Nachbars, wie es schien, aus Rache in Brand gesteckt zu haben. Da eine bereits 3 Jahre bestehende Seelenstörung, sich in Geistesschwäche und nymphomanischer Aufregung äussernd, mit Leichtigkeit constatirt werden konnte, so ward von ärztlicher Seite geistige Unfreiheit und Aufnahme in die Irrenanstalt beantragt.

Lélut. — Physiologie des Gedankens, oder kritische Untersuchung der Beziehungen des Körpers zu dem Geiste, analysirt von *Chauvet.* — Die wichtigsten Schlüsse, welche der Autor aus seinen Untersuchungen zieht, sind folgende: Der Körper ist ein untheilbar Ganzes, dessen sämmtliche Theile, wenn auch in ungleichem Grade, zu den verschiedenen Denkoperationen beitragen. Die wesentlichen Träger des Gedankens, wie des Lebens, liegen in dem Nervensystem, ohne Nerven keine Gedanken, kein Leben. Die niedrigeren Vermögen haben ihre ersten Bedingungen in peripheren Nerven, ihre erhabenste Grundlage jedoch im Nerven-Centrum. Die Perception der Empfindung kann nicht im Rückenmarke oder verlängerten Marke, sondern muss nothwendig im Gehirn statt haben. Wir fühlen, urtheilen, wollen durch das ganze Gehirn ohne Unterschied der Theile; den einzelnen Geistesvermögen entsprechen durchaus keine getrennte Abschnitte des Gehirns. Die Höhe der Intelligenz und die Kraft des Willens stehen in keinem Verhältnisse zu Volumen, Gewicht oder Windungsreichthum des Gehirns.

Der Uebergang vom physiologischen zum psychologischen Geschehen, von der äusseren Einwirkung zur Empfindung und dem Gedanken wird dem menschlichen Geiste stets verhüllt bleiben.

Baume. — Ueber Ungleichheit des Gewichtes beider Gehirnhemisphären bei den Epileptischen. — Verfasser legte seinen Untersuchungen 70 Autopsieen Epileptischer zu Grunde und fand, dass bei neun Zehntel derselben das Gewicht der beiden Hemisphären des Gehirns ein verschiedenes war. Da, wo man nun eine solche einseitige Atrophie fand, waren die Convulsionen vorzugsweise

auf der anderen Körperseite beobachtet worden. Die Häute der atrophischen Hirnhälfte waren mehr congestionirt. *Baume* entscheidet sich gegen die Ansicht, diese Gewichtsverminderung als „Folge" der Epilepsie aufzufassen, er will sie vielmehr in Verbindung mit anomaler Schädelbildung als deren angeborne „Ursache" betrachtet wissen.

Dumesnil. — Aerztliche Visite der Colonie zu Gheel. — Der erste Theil dieses Aufsatzes giebt eine aus einem schottischen Journale entlehnte, ziemlich umfassende und, wie es scheint, unparteiische Schilderung der Irrencolonie, der zweite Theil des Verfassers eigene Anschauungen über Irrenversorgung; ohne gegen Gheel ungerecht zu werden, beweist er, dass das Colonisationssystem, wie es von Vielen neuerdings in allgemeiner Ausdehnung angestrebt werde, durchaus nicht durchführbar sei, und räumt guten Anstalten mit möglichst freier Bewegung und zweckmässiger Beschäftigung einen bedeutenden Vorzug ein.

Baume. — Ueber Ungleichheit des Gewichts beider Gehirnhemisphären bei Gehirnblutung und bei unvollkommener Lähmung Paralytisch-Blödsinniger. — Gestützt auf 43 Obductionen kam *B.* zu dem Resultate: dass ähnlich wie bei Epileptischen auch bei Kranken, die entweder an Gehirnblutung oder an einer durch *Paralys. general.* erzeugten unvollkommenen halbseitigen Lähmung litten, das Gewicht beider Gehirnhemisphären eine mehr oder weniger grosse Ungleichheit zeige, während bei Paralytisch-Blödsinnigen ohne halbseitige Parese eine solche Differenz nicht bestehe. Während er nun bei Epileptischen ein *Vitium primae formationis* annahm, glaubte er die Gewichtsabnahme bei halbseitiger Lähmung in der Gehirn-Apoplexie und ihren Folgen, bei *Dementia paralytica* in halbseitigen Congestionen und mehr vorgeschrittener Erweichung (?) suchen zu müssen.

Combes. — Gerichtsärztliches Gutachten über den Geisteszustand des des Vatermordes angeklagten *Marty.* — Der Angeschuldigte *Marty* erschlug Mittags auf öffentlicher Strasse vor Zeugen nach einem kurzen Wortwechsel seinen Vater mit einer Hacke und ging unmittelbar nach der That, ohne jede Gemüthsalteration zu zeigen, wie gewöhnlich seine Feldgeschäfte zu verrichten. Vor Gericht gestellt, erzählte er getreu den Hergang der Sache, und statt Reue zu zeigen, bemühte er sich vielmehr, seine Berechtigung zu solcher Handlungsweise darzuthun. Da es zweifellos

constatirt wurde, dass *M.* schon über Jahresfrist an Verfolgungswahn mit vielen Gehörstäuschungen und mit feindlicher Richtung gegen seinen Vater litt, von welchem er bestohlen und verleumdet zu werden wähnte, dass also Seelenstörung vor, während und nach der That bestand, so ward von gerichtsärztlicher Seite geistige Unfreiheit und damit Unzurechnungsfähigkeit angenommen.

Sankey (Arzt in Hanwell). — Ueber die Behandlung Seelengestörter nach dem Non-Restraint-Systeme. — Verfasser stellte sich die Aufgabe, das in englischen Anstalten herrschende Non-Restraint-System zur Berichtigung irriger Anschauungen in seinen Grundzügen zu entwickeln.

Non-Restraint sei nicht etwa eine Modification des Restraint, vielmehr dessen Gegentheil. Bei diesem entstehe durch den Zwang Opposition und Widerwille, bei jenem das Gefühl der Freiheit und Ruhe. Das Grundprincip bilde die Einwirkung des Gesunden auf den kranken Geist. Vor Allem müsse, wie bei anderen Erkrankungen, Ruhe für das kranke Organ angeschafft werden. Dies geschehe durch negative und positive Mittel. Negativ wirken die Entfernung aus der Welt (Versetzung in die Anstalt) und Schutz gegen die unangenehmen Gefühle und peinlichen Eindrücke (Anstalts-Ordnung). Alles Aussergewöhnliche sowohl in der Einrichtung der Anstalt als auch in der Lebensweise müsse ferne gehalten werden. Nicht nur Zwang und Strafe, sondern auch jede Möglichkeit derselben müsse fehlen. Nie dürfe die Furcht erweckt werden.

Energische Mittel, wie starke Abführmittel, Vesicatore, Diarrhöen etc. können nur mit Zustimmung des Kranken in Anwendung kommen. Die positiven Mittel bestehen in Unterhaltung, Beschäftigung und in der zweckmässigen Art der Vereinigung der Kranken. Die Unruhigen müssen nicht absolut getrennt werden, einige Exaltirte wirken auf eine grössere Zahl apathischer Kranker günstig ein, Unreinliche können durch das Zusammenleben mit Reinlichen gebessert werden etc. Sehr wichtig sei die allerdings schwierige Aufgabe, die passenden Geister zusammenzufinden. Die Einwirkung der gesunden Umgebung ist von grösstem Einflusse, daher werden von den Wärtern — Intelligenz, Gesundheit, guter Humor und Erfahrung verlangt. (Deshalb gute Bezahlung!) Deren Zahl muss sehr gross sein, 1 auf 10, höchstens 15, bei Unruhigen natürlich auf eine viel geringere Zahl von Kranken kommen. Gegen heftige Aufregung der Kranken Ruhe, keine Opposition, man führe sie in den Garten, in andere Säle, und nur im äussersten Falle Isolirung. (Unter 600 Kranken sollen binnen Jah-

resfrist nur 47 im Durchschnitt je zwei Stunden lang isolirt worden sein!)

Dr. *Kirn.*

Annales médico-psychologiques. Tome IX. Paris, 1863.

1. Heft.

Physiologie des Denkens oder kritische Untersuchung der Beziehungen von Leib und Seele, von *Lélut*, analysirt von *E. Chauvet*, 2. Artikel. — Es werden in dieser Fortsetzung die im II. Bande der Physiologie des Denkens von *Lélut* enthaltenen Aufsätze kritisch besprochen, welche von der Philosophie, den Erscheinungen und dem Princip des Lebens, von Schlaf, Traum und Somnambulismus, von der Lehre über den Sitz der Seele bei den Alten handeln.

Der Zauberer *Merlin.* Psychologische Bemerkung von Dr. *Brunet.* — Verfasser erzählt nach einer dem Werke von *de la Villemarqué* über *Merlin* entlehnten Darstellung, dass der am Hofe des Königs *Artus* lebende Barde *Merlin* exstatischen Zuständen unterworfen, später in Melancholie mit Gesichts- und Gehörstäuschungen verfallen sei und bis zu seinem Tode als Irrsinniger in Wäldern verlebt habe.

Gerichtliche Medicin.

Ueber Schwachsinnige mit verminderter Zurechnungsfähigkeit, von Dr. *Auzoui.* — Nach einer kurzen allgemeinen Charakteristik schwachsinniger Menschen, welche nach *Ferrus* mit „Pésants" bezeichnet werden, führt der Verfasser in 4 Beobachtungen mehrere Typen solcher Schwachsinniger vor, will auch die grösste Zahl von Taubstummen und Blindgebornen unter diese Klasse gerechnet wissen und befürwortet dafür die Annahme einer gradweise verminderten Zurechnungsfähigkeit.

Irrenanstalten.

Bericht über die feierliche Enthüllung der Statue *Esquirol's* in Charenton, von *Legrand du Saulle.* — Von den Vorträgen, welche bei dieser Feier gehalten wurden, sind die von *Parchappe* über Charenton und das System der geschlossenen Asyle und von *Baillarger* über die Fortschritte der Psychiatrie zu erwähnen.

---

2. Heft.

Geschichtlicher Rückblick über die Psychiatrie, von *H. Bonnet*. — Vf. giebt in 48 Seiten einen immerhin sehr unvollständigen und einseitigen historischen Excursus über diese Wissenschaft.

Ueber die Physiognomie der Geisteskranken, von Dr. *Laurent*. — Nach allgemeinen einleitenden Bemerkungen über die Physiognomik bei Geisteskranken, über die Beziehungen der Physiognomie zu Alter, Temperament, Leidenschaften, Geisteskrankheiten bespricht Verfasser in ausführlicher, wenn auch nichts Neues bietender Schilderung die Physiognomie bei den verschiedenen idiopathischen und sympathischen Irreseinsformen.

Gerichtliche Medicin.

Ueber die partielle Zurechnungsfähigkeit bei Irrsein und Neurosen, von *Legrand du Saulle*. — Es spricht darin der Verf. der partiellen Zurechnungsfähigkeit und der Internirung geisteskranker Verbrecher in besonderen Anstalten das Wort.

Irrenanstalten.

Die fünf Hauptfragen der administrativen Psychiatrie, von Dr. *Mundy;* besprochen von Dr. *Rénaudin*.

---

3. Heft.

Ueber den Animismus in der Physiologie und Psychologie, von Dr *Cerise*.

Geschichtlicher Rückblick über die Psychiatrie, von Dr. *Bonnet*. Schluss des Artikels im 2. Heft.

Ueber Physiognomie der Geisteskranken, von Dr. *Laurent*. Ebenfalls Schluss des Aufsatzes im vorigen Heft.

Irrenanstalten.

Ueber Asyle in Italien, von Dr. *Brierre de Boismont.*

---

4. Heft.

Ueber ein Zeichen, welches die Diagnose eines Anfalls wirklicher Geisteskrankheit und das Delirium beim Typhus festzustellen geeignet ist, von Dr. *E. Dumesnil*. — Verf. fand in einigen schweren Fällen von Typhus Eiweiss im Urin und glaubt dies in Fällen, wo ein Zweifel darüber besteht, ob Typhus oder Geistesstörung vorliege, als diagnostisches Merkmal aufstellen zu können.

Gerichtliche Medicin.

Gerichtlich - medicinisches Gutachten über *Lintz*, welcher angeklagt ist, seine Frau und Tochter ermordet zu haben, von *M. H. Dagonet*.

Gerichtlich - medicinisches Gutachten über einen Fall von gewaltthätigem Angriff auf die Schamhaftigkeit durch einen Geistesschwachen, welcher wahrscheinlich periodischen Tobsuchtsanfällen unterworfen ist, von Dr. *Baume*.

Irrenanstalten.

Colonie Saint-Luc, mit dem Asyl von Pau verbundene Ackerbaucolonie, von Dr. *Herzog*.

Nekrologische Skizzen.

Mittheilung über die Arbeiten *Aubanel's*, von Dr. *Thore*.

---

5. Heft.

Erste Vorlesung eines Cursus über vergleichende Physiologie, von *E. Chauvet*.

Gerichtliche Medicin.

Ueber die allgemeine und theilweise Zurechnungsfähigkeit Geisteskranker, von Dr. *Brierre de Boismont*. — Verf. spricht sich in dieser Mittheilung entschieden dafür aus, dass nur in seltenen Fällen von Monomanieen und lichten Zwischenräumen eine partielle Zurechnungsfähigkeit Geisteskranker angenommen, dieselbe aber keinenfalls auf gleiche Linie mit der Zurechnungsfähigkeit Geistesgesunder gestellt werden darf. Von den anderen Sätzen sind hier hervorzuheben: dass ein lange fortgesetztes Tagebuch über Reden und Handlungen Geisteskranker das beste Mittel zur Beurtheilung der Zurechnungsfähigkeit ist; dass Geisteskranke oft sehr kurze Zwischenzeiten haben, in denen sie verständig reden, handeln und schreiben; dass angeschuldigte Geisteskranke nicht, wie andere Schuldige bestraft, aber in ihrem und der menschlichen Gesellschaft Interesse in besonderen Anstalten verwahrt werden sollen; dass die Untersuchungen über die Zurechnungsfähigkeit Geisteskranker auch auf Gestörte mit unwiderstehlichen Trieben, mit vorübergehenden Wuthanfällen, auf Schwachsinnige und Epileptische auszudehnen sind.

Gerichtsärztliches Gutachten über den des Gattenmordes angeklagten *J. Drouin*, von *M. Trélat*.

---

6. Heft.

Ueber Amaurose und Ungleichheit der Pupillen bei allgemeiner fortschreitender Lähmung, von Dr. *Billod*. — Verf. hat etwa in 400 Fällen von allgemeiner Paralyse nur 3 Mal Amaurose beobachtet, führt auch die Erfahrung Anderer an, welche dieses Vorkommen ebenso selten gefunden haben, obwohl er zugiebt, dass geringere Grade von Sehstörung bei der mangelhaften Auskunft, welche man von Paralytischen erhält, übersehen werden können. Die Pupillen boten keine gleichmässige Veränderung dar; im ersten Falle zeigte sich vor jeder Veränderung des Sehvermögens ungleiche Erweiterung der Pupillen, welche einige Zeit nach völliger Erblindung fortdauerte, dann einer ungleichen Verengerung Platz machte, welche durch Belladonna vorübergehend in ungleiche Erweiterung umgewandelt werden konnte. Im zweiten Falle dauerte die ungleiche Erweiterung auch nach der Erblindung fort; in beiden Fällen aber zeigte sich der Pupillarrand unregelmässig. Der Verlauf der Amaurose war ein langsamer. Die Autopsie ergab Atrophie der Sehnerven, des Chiasma, der Vierhügel bei Integrität der *Retina*. Den zwei Beobachtungen des Verf. sind noch zwei von *Parchappe* beigefügt.

Das Ackerbaucolonie-Asyl von Leyme, von Dr. *Bonnefous*. — Anstalt, ein früheres Kloster, mit 160 Hectaren Land, ist von 420 Pfleglingen beiderlei Geschlechts bewohnt; Hauptbeschäftigung Garten- und Feldarbeit, auch in Werkstätten. Dr. *Reich*.

Annales médico-psychologiques. Tome X. Paris, 1864.

1. Heft.

Ueber den psychischen Zustand im acuten und chronischen Alkoholismus, von Dr. *Voisin*. S. 1—32 und Heft 3. S. 1 — 67. — Verf. bespricht, sich stützend auf eine grosse Zahl von Beobachtungen, die Formen geistiger Störung, welche auf dem Boden acuter und chronischer Alkoholintoxication entstehen können.

Als Allgemeinerkrankung kann der Alkoholismus alle möglichen Formen des Delirium erzeugen.

Die gewöhnlichsten Formen acuter Geistesstörung aus übermässigem Genuss geistiger Getränke sind Melancholie, Stupidität, Verfolgungswahn, Selbstmord, Furcht, Schrecken und bisweilen gerade

im Gegentheil ein expansives Delirium des Hochmuths und der Selbstzufriedenheit.

Die chronischen Störungen sind Verlust des Gedächtnisses, zuweilen mit Aphemie und Sprachstörung; Abnahme des Bewusstseins, Bizarrerieen des Charakters, Traurigkeit, Muthlosigkeit, Charakterschwäche, Energielosigkeit, Lypemanie, Abnahme der intellectuellen Fassungsfähigkeit, Verwirrtheit, Stumpfsinn, endlich ein ambitiöses Delirium. Verf. findet, dass mit Ausnahme des Gedächtnisses das intellectuelle Leben weniger Noth litt, als das Gemüthsleben. Die an *Alcoholismus chronic.* Leidenden bekommen in selbst ganz gelinden acuten Krankheiten (besonders *Rheumatism. articul. acut.*, Pneumonie, Pleuritis, Erysipelas, Traumen) oft schwere Gehirnzufälle, die sie rasch dahinraffen.

Der Absinth erzeugt die gleichen acuten und chronischen Wirkungen, wie der Alkohol, nur vielleicht noch schwerere. Die Zurechnungsfähigkeit scheint im Alkoholismus vermindert, aber nicht absolut aufgehoben.

Ueber Amaurose und Ungleichheit der Pupillen und der allgemeinen progressiven Gehirnlähmung, von Dr. *Billod.* S. 33—36. — Im Anschluss an die Arbeit im Novemberheft der Ann. méd. theilt *B.* den Fall einer Paralytischen mit, der mit Amaurose und Ptosis eines Augenlides einherging.

Ueber das hypochondrische Delirium bei *Dementia paralytica*, von Dr. *Michéa.* S. 94—110. — Verf. giebt 2 Beobachtungen und findet, dass das prodromale hypoch. Delirium bei *Dem. paralytica* mit Zuständen von Hyperästhesie und Analgesie zusammenhängt und besonders dem Verluste des Bewusstseins der Persönlichkeit eine hochgradige Analgesie zu Grunde liegt. In der zweiten Beobachtung wenigstens sprach ein Paralytiker, der wähnte, seine Körpertheile gehörten nicht ihm an, so lange bei ihm Algesie bestand, von sich in der dritten Person, und als diese schwand, in der ersten.

---

2. Heft.

Die Heilung chronischer Darmcatarrhe bei Geisteskranken, von Dr. *Berthier.* S. 181—196. — Verf. empfiehlt die ausschliessliche diätetische Behandlung der nicht selten zur Consumption führenden chronischen Diarrhöen Geisteskranker mit Fleischkost, bei welchem Régime er ausgezeichnete Erfolge erzielt haben will.

Die Entmündigung Geisteskranker, von Dr. *Caffe*. S. 197—214. — Verf. verlangt die gewissenhafteste Untersuchung und Begutachtung, da wo die Entmündigung über einen Kranken verhängt werden soll. Wo es möglich ist, soll statt der Entmündigung, die Ernennung eines gerichtlichen Beistandes verfügt werden. Wegen der Verzweiflung solcher Kranken beim Eintritt in die Irrenanstalten, der grösseren Sterblichkeit in diesen im ersten Jahr und des geringeren Genesungsprocentsatzes in den folgenden Jahren als ausserhalb der Anstalten, soll der Kranke so lange zu Hause verpflegt werden, als er nicht sich oder der Gesellschaft gefährlich ist (!). Wo demnach die Anstalt nöthig wird, muss sie in jeder Weise den Kranken durch ihre Einrichtungen die Wohlthat des Familienlebens (!) zu ersetzen bemüht sein.

---

3. und 4. Heft.

Ueber die Einrichtung der Irrenanstalten Italiens, von Dr. *Brierre de Boismont*. — Nach einigen Vorschlägen zur Verbesserung der Irrenpflege überhaupt und speciell der Italiens (durch Irrengesetze, Errichtung neuer Anstalten, Einsetzung von Generalinspectoren, Gewinnung und gute Stellung tüchtiger Anstaltsärzte) erkennt *B.* lobend die Fortschritte in den Einrichtungen der italienischen Anstalten während der letzten 30 Jahre an und giebt einige Mittheilungen über die Verbesserungen zu San Servolo und Rom (Errichtung von fermes agricoles).

Ueber das Vorkommen der Tuberculose bei Geisteskranken, von Dr. *Clouston*, übersetzt a. d. Engl. von Dr. *Dumesnil*. Heft 3. S. 317—338. Heft 4. S. 67—88. — Verf. kommt unter Zugrundelegung zahlreicher statistischer Notizen, zu folgenden Schlüssen:

Die Lungentuberculose ist eine viel häufigere Todesursache unter den Geisteskranken, als bei der Gesammtbevölkerung; sie findet sich aber doppelt so häufig in den Leichen irre Gewesener als in denen geistig gesund Gebliebener. In der Hälfte der Fälle, wo die Autopsie Tuberculose nachweist, war sie die Todesursache.

Das Gehirn zeichnet sich durch Blässe, Blutarmuth, unregelmässige Blutvertheilung, grössere Weichheit der weissen und geringeres specifisches Gewicht der grauen Substanz aus.

Das Gehirn Irrer zeigt keine grössere Disposition zu tuberculöser Erkrankung, als der Geistig-gesunder; wo sie vorkommt, macht

sie meist keine Symptome und geht jedenfalls mit keiner besondere Form geistiger Störung einher.

Am seltensten werden Paralytiker tuberculös; wo dies der Fall war, hatte die Krankheit mit einem Depressionszustand angefangen.

Bei etwa einem Viertel der tuberculösen Geisteskranken zeigte die Psychose ein so typisches Bild, dass man sie „manie phthisique“ nennen möchte; bemerkenswerth war in allen diesen Fällen der rapide Ausbruch der Tuberculose nach dem Auftreten der Psychose, die ätiologisch wohl mit jener in Zusammenhang zu bringen ist.

Die Prognose ist immer ungünstig, wenn Tuberculose während einer Psychose auftritt. In der Hälfte der Fälle von Tuberculose tritt binnen den ersten 3 Jahren nach Ausbruch der Seelenstörung der Tod ein.

Eine Psychose von noch so langer Dauer disponirt nicht mehr zur Erkrankung an Tuberculose als jeder anderen Krankheit.

Die Lungenschwindsucht beginnt meist latent und nimmt einen schleichenden Verlauf, besonders wenn sie Paralytiker befällt.

Nur in den seltensten Fällen übt die Entwickelung von Seelenstörung einen günstigen Einfluss auf bestehende Tuberculose; meist nimmt diese ruhig ihren weiteren Verlauf.

In einer Notiz über eine Verbesserung des Lagers unreinlicher Kranker schlägt *Dagonet* in Stephansfeld folgende Einrichtung vor:

Ueber eine gewöhnliche Matratze wird eine aus besonders gefertigter Caoutschoukleinwand bestehende Unterlage bereitet, die in der Mitte des Bettes in einen trichterartigen Fortsatz sich verlängert, der durch ein Loch in der Matratze und dem Strohsack gesteckt, die flüssigen Excremente in ein Gefäss aus lackirtem, gefirnisstem Eisenblech leitet. Auf diese Decke wird ein gewöhnliches Leintuch gebreitet. Die Reinigung der Caoutschouklage, die äusserst dauerhaft ist, geschieht einfach mit Schwamm und Wasser.

Wir haben diese Einrichtung, welche Herr *Dagonet* nur bei 110 Betten gemacht hat, in Stephansfeld selbst gesehen und uns von ihrer Zweckmässigkeit überzeugt. (Ref.)

Die Kosten belaufen sich nur auf 10 bis 11 Frcs. pro Bett. Der Stoff wird in der Anstalt selbst verfertigt.

---

5. Heft.

Ueber die Salivation bei Geisteskranken, von Dr. *Berthier*. S. 172—175. — Verf. findet Atonie der ersten Wege, Geschmackshallucinationen und ein Zeichen allgemeiner Nervenerrgung

(wie in der Manie) als Ursachen. Im ersten Fall ist substantielle, kräftigende Kost, im zweiten ein traitement moral, im dritten sind Sedativa und Antispasmodica dagegen angezeigt (?).

Gutachten über den geistigen Zustand eines Mannes, der seine Frau erschossen hat. — Keine Seelenstörung, aber angenommene verminderte Zurechnungsfähigkeit wegen hereditärer Disposition zu Psychosen (!), welcher Annahme die Jury beitritt, von Dr. *Auzouy*. S. 203—227.

Nachgewiesene Simulation von Seelenstörung eines der Fälschung und des Betrugs Angeklagten, von Dr. *Rénaudin* und Dr. *Bonnet*. S. 228—252.

---

6. Heft.

Ueber den Muth, eine psychologische Analyse, von Dr. *Castle*. S. 317—331. — Verf. neigt sich phrenologischen Anschauungen zu, fasst den Muth als Aeusserung von 5 verschiedenen Geistesvermögen der phrenologischen Schule (destructivité, combativité, fermeté, estime de soi, espoir) auf und ergeht sich in einer psychologischen Betrachtung dieser Fähigkeiten.

Ueber hereditäre Seelenstörung, von Dr. *Grainger-Steward*, übersetzt a. d. Engl. von Dr. *Dumesnil*. — Verf. stellt interessante Untersuchungen über Heredität an und benutzt dazu das Material der Anstalt zu Crichton während 24 Jahren, im Ganzen 901 beobachtete Krankheitsfälle.

Unter diesen 901 Kranken fanden sich 447 (49,1 pCt.), bei welchen nächste Verwandte, bis zum Geschwisterkind herab, seelengestört waren oder auffallende Excentricitäten darboten; darunter waren wieder 181 Fälle, wo nur ein Glied der Familie geisteskrank war, 266, wo es mehrere Glieder waren.

49 Mal fanden sich andere nervöse prädisponirende Krankheiten vor (5,43 pCt.), 245 Mal fehlte jegliche hereditäre Disposition (27,19 pCt.), in 160 Fällen konnte über etwaige Heredität nichts ermittelt werden. Von den 447 hereditär Disponirten waren wieder 215, wo Vater, Mutter oder Grosseltern, 143, wo Brüder oder Schwestern, 34, wo Onkel oder Tante, 18, wo Geschwisterkinder, 37, wo entferntere Verwandte seelengestört waren. Entgegen der Erfahrung von *Esquirol* und *Baillarger*, dass das Irresein der Mutter mehr die Nachkommen disponire, als das des Vaters, berechnet *G.* die hereditäre Disposition von der Mutter her nur mit 7,5 pCt., vom Vater her

dagegen mit 9,1 pCt. Das Irresein des Vaters gefährdet mehr die Söhne als die Töchter (9,4 pCt.: 8,7 pCt.), das der Mutter mehr die Töchter als die Söhne (8,1 pCt. : 7,1 pCt.). Hereditär disponirte Weiber verfallen leichter in Irresein (51,05 pCt.) als Männer mit erblicher Anlage (48,56 pCt.).

Unter den mit erblicher Anlage Behafteten litten 51,0 pCt. an Manie, 57,7 pCt. an Melancholie, 49,0 pCt. an Monomanie, 50,0 pCt. an Folie morale, 36,0 pCt. an Idiotie, 63,4 pCt. an Dipsomanie, 47,6 pCt. an *Dementia paralytica*, 39,5 pCt. an *Démence* und *Stupidité*. In welchen Procentzahlen sich die Form der Seelenstörung der Vorfahren auf die Nachkommenschaft überträgt, hat Verf. nicht angegeben.

Wer hereditärer Disposition zu Psychosen unterworfen ist, erkrankt in früheren Jahren als der nicht hereditär Disponirte. Recidive sind viel häufiger. Von 78 während 20 Jahren in Crichton Wiederaufgenommenen zeigten 51 erbliche Anlage.

Der Procentsatz der Genesung ist ein grösserer bei hereditärer Disposition (39,6 pCt.), als bei fehlender erblicher Anlage (32,2 pCt.).

Die Lebensdauer ist bei hereditärem Irresein eine kürzere (30 bis 60 Jahre), während bei Irren überhaupt der Tod zwischen dem 40. bis 70. Iahr eintritt.

Des fermes-asiles ou de la colonisation des aliénés, par Dr. *Auzouy*. S. 406. — Verf. erörtert die in jüngster Zeit so vielfach ventilirte Frage der Irrenversorgung in fermes agricoles statt der alten festungsartigen Irrenhäuser und erkennt sie als eine Verbesserung des Looses der Irren und auch als finanzielle Vortheile bietende Neuerung an. Der ferme, welche im Gebiet der Irrenanstalt selbst sich befindet, räumt er den Vorzug vor der ihr nur als Filial zugehörigen, von ihr ganz getrennt, ein. Die Arbeit soll nur facultativ von den Kranken geleistet werden, das Areal soll höchstens 10 Hectaren umfassen. Durch die geleistete Arbeit können die Verpflegungskosten für die Kranken niedriger werden; nie aber kann der Ertrag des Ackerbaues die Anstalt ganz erhalten und die Staatszuschüsse entbehrlich machen. Dr. *v. Krafft-Ebing*.

Neuvième Rapport de la Commission permanente d'inspection des établissements d'aliénés. 1863. 1864. 1865. Bruxelles. 1866. (LIV u. 32 S. gr. 8.)

(Vergl. Band XXIII. Hft. 3. S. 269 dieser Zeitschrift.)

Die Commission berichtet über die Fortschritte, welche die Irren-

Angelegenheiten Belgiens in dem seit Abgabe ihres letzten Rapports verflossenen dreijährigen Zeitraume gemacht haben. Bei aller Anerkennung des Eifers, welchen die verschiedenen Anstaltsbehörden in dem Streben nach vollständiger Erfüllung der gesetzlichen Vorschriften gezeigt haben, hat sie gleichwohl noch grosse Klagen über die Unvollkommenheit des Ergebnisses zu führen. Bei einigen Asylen ist dieselbe durch die Beschränkung des gegebenen Raumes und die Unmöglichkeit, diese Grenzen zu überschreiten, mehr oder weniger unwiderruflich bedingt. In den meisten sind jedoch erfreuliche Verbesserungen rücksichtlich der Beschaffenheit der Räumlichkeiten eingetreten: in demjenigen Gebiete, wo dem Gouvernement eine directe Einwirkung gesetzlich zusteht; solche werden jedoch in den meisten Asylen noch vergeblich erwartet rücksichtlich der Reform des ärztlichen Dienstes, der Beköstigung, der Kleidung und Lagerung der Kranken; denn in allen diesen Beziehungenkann die Regierung nur überwachend, kritisirend und rathend eingreifen. Die Verbesserungen, welche einzelne dieser Asyle erlangt haben und die der Bericht aufzählt, können, da sie nichts Neues für die Technik der Irren-Anstalten bieten, für unsere Leser nicht von Interesse sein; dagegen möchten zwei Gegenstände, auf welche die Commission tiefer eingeht, wohl Erwähnung verdienen. Die erste ist die Irrencolonie Gheel. Die Commission, indem sie an die extremen Urtheile erinnert, welche über diese Colonie neuerlich ausgesprochen worden sind, hält weder das Verlangen gänzlicher Unterdrückung dieses Institutes, noch die überschwenglichen Lobeserhebungen gerechtfertigt, unter denen man letzteres als das Paradies der Irren, als das Muster der Fürsorge für dieselbe, und als diejenige Einrichtung gerühmt hat, welche geeignet und bestimmt sei, alle abgeschlossenen Irren-Heil- und Pflege - Anstalten zu ersetzen und zu verdrängen. Von beiden Extremen hält sich die Commission fern; sie erachtet die abgeschlossenen Irrenanstalten selbst neben der Irrencolonie von Gheel für unentbehrlich; aber sie erklärt diese für nützlich, in gewisser Hinsicht für unveräusserlich und in ihrem dermaligen Zustande, unter der Herrschaft des nun eingeführten Reglements und bei dem Besitze der neu eingerichteten Infirmerie für musterhaft. — Das Reglement entstand, weil der Mangel einer Direction unter den sich selbst überlassenen Krankenpflegern zu den schwersten Missbräuchen Anlass gegeben hatten. Das Gesetz vom 18. Jan. 1850 setzte diesem ein Ziel. Der Artikel 6. giebt der Colonie ein specielles Regimen. Im Reglement vom 1. Mai 1851, Art. 29., wird die Herstellung einer Infirmerie festgesetzt und Art. 27. bestimmt, dass alle diejenigen Irren von der Colonie ausgeschlossen werden

sollen, und für welche man anhaltend (avec continuité) Mittel der Beschränkung und des Zwanges anwenden muss; die Mord- und Selbstmordsüchtigen, die zur Brandstiftung Geneigten, die, deren Fluchtversuche häufig sind oder deren Zufälle die öffentliche Ruhe oder die Sittlichkeit stören." — „Ein System von Gheel giebt es nicht." — Laut einer Königl. Verordnung von 1851 wurden bisher für den ärztlichen Dienst gleichmässig für jeden Kranken jährlich 12 Frcs. erhoben. Eine andere Verordnung vom Jahre 1865 bestimmt, dass dieser Beitrag sich nach der Höhe der für die Kranken gezahlten Verpflegungsgelder richten soll, so dass von 260 - 500 Pers. à Person erhoben werden: 20 Frcs., von 500—1,000 Pers.: 30 Frcs., von 1,001—1,500 Pers.: 40 Frcs.; von 1,501—2,000 Pers.: 50 Frcs.; von 2,001—3,000 Pers.: 60 Frcs.; von 3,001 Pers. und mehr: 70 Frcs. Eine andere Königl. Verordnung begrenzt die Zahl der in Gheel aufzunehmenden Irren auf 1,000, von welchen 900 den Armen, 100 den Pensionairen zugehören dürfen. — Der Commissionsbericht tritt entschieden der mehrfach aufgestellten Behauptung entgegen: dass die Infirmerie die Colonie nur dadurch von ihrem wesentlichsten Mangel befreit habe, weil sie dieselbe mit einer abgeschlossenen Irrenanstalt versehen, eine solche der Colonie hinzugefügt habe. Keineswegs als eine solche sei die Infirmerie zu betrachten, sondern nur als ein vorübergehender Zufluchts- und Sicherungs-Ort für Irre bei intercurrirenden Krankheiten und für solche, „deren psychische Krankheitsform augenblicklich besondere Ueberwachung und Behandlung erfordert", weshalb der Aufenthalt in der Infirmerie wesentlich ein temporärer sei. (Fast kann man bedauern, dass der Bericht nicht noch etwas tiefer auf diesen Gegenstand eingegangen ist. Vielleicht würde bei der Erörterung der Frage: welche psychische Krankheitszustände es sind, die eine besondere Ueberwachung nnd Behandlung erfordern? — sich gefunden haben, dass dahin eine grosse Menge von psychischen Leidenszuständen gehören, welche jetzt dieser genaueren Aufsicht entzogen sind, — darunter auch die meisten vorübergehenden Tobsuchten und die Melancholieen; — man würde vielleicht den Wunsch begründet finden, dass solche Kranke derselben innerhalb der Infirmerie nicht blos vorübergehend, sondern dauernd theilhaft würden, und man könnte sogar zu dem Satze gelangen: dass die Irrencolonie von Gheel sich in dem Maasse vervollkommnen würde, je grössere Ausdehnung ihre Infirmerie und deren Benutzung für die in Rede stehenden Kranken im Verhältniss zu der Gesammtbevölkerung der Colonie gewönne.) Bei aller Fürsprache übrigens, welche die Commission diesem eigenthümlichen Institute gewährt, müssen doch auch bei ihr die ganz

besonderen Umstände Anerkennung finden, welche die örtlichen Verhältnisse und die Jahrhunderte hindurch sich fortsetzende Schule der Gewohnheit und der Uebung zu ihrem Bestehen und zu ihrer Entwickelung beigetragen haben. Bezeichnend in dieser Hinsicht ist in der That, was wir hier zum ersten Mal hören, dass alle bisherigen Bemühungen, in einer oder der anderen Wallonischen Provinzen eine ähnliche Einrichtung herzustellen, „an dem Widerspruche aller Autoritäten" gescheitert sind, und dieses Project von den Beförderern desselben einstimmig aufgegeben werden musste. — Der zweite jener Gegenstände betrifft die schon erwähnten Mängel des ärztlichen Dienstes in den verschiedenen Asylen. Man könnte sich füglich wundern, dass in einem Lande, wo ein *Guislain* so lange Jahre gelebt, gewirkt und gelehrt hat, noch jetzt die Klage über den Mangel psychiatrischer Bildung unter den Aerzten erhoben werden könne und in dem Maasse sogar, dass z. B. das nachdrücklich betonte Zurückbleiben der ärztlichen Certificate für die Aufnahme hinter der gesetzlichen Vorschrift von der Commission nicht sowohl dem Mangel an gutem Willen, als vielmehr der Unfähigkeit und dem Mangel erforderlicher Kenntnisse auf Seiten der Aerzte zugeschrieben wird. Um so weniger kann man freilich erwarten, die Qualification für die ärztliche Verwaltung der Asyle, für Beobachtung und Behandlung der Geistesstörungen so verbreitet zu finden, dass die Asyle mit tüchtigen Aerzten versehen werden könnten. Aber um tüchtige Aerzte für Irrenanstalten ist allerdings noch etwas mehr erforderlich, als die dargebotene Gelegenheit, eine psychiatrische Unterweisung auf der Hochschule, wenn auch durch noch so ausgezeichnete Lehrer, zu empfangen. Es ist dazu weiter erforderlich die Uebung in dem Umgange mit und in der Beobachtung und Behandlung von Gestörten, wie sie der längere Aufenthalt in Asylen ermöglicht. Es ist dazu nicht minder erforderlich, dass es sich einigermaassen der Mühe verlohnt, sich solchem schwierigen Studium hinzugeben. Wo nicht die Aussicht auf eine möglichst würdige innere und äussere Stellung in und zu den Asylen ermuntert, werden jene Bemühungen als unfruchtbar gemieden werden. Und alle diese Erfordernisse fehlen gänzlich in den Belgischen Asylen. Die Aerzte derselben werden gewählt und ernannt von den Vorständen, seien diese Commune oder religiöse Gesellschaften oder Privat-Unternehmer; das Gouvernement hat dabei keine andere Mitwirkung als die Anerkennung der Wahl: denn das ihr zustehende Recht der Nicht-Anerkennung bleibt in der Regel illusorisch. Die Leistungen, welche von diesen Aerzten gefordert werden, beziehen sich nur auf intercurrente Krankheiten der Irren und hygieinische

Rathschläge. Ihre Remuneration hängt von den Vorständen der Asyle ab und ist so dürftig, dass kein irgend beschäftigter practischer Arzt es der Mühe werth halten kann, sich darum zu bemühen. Eine Vorschrift des Gesetzes, nach welcher die Wahl eines Asylarztes alle drei Jahre erneuert werden kann und die eigentlich nur die Revision dieser Wahl zum Zweck hat, wird meist als eine blosse Anweisung und Berechtigung auf den Wechsel des Arztes gedeutet und vermehrt die Abhängigkeit des Arztes von der Direction, während sie den Gewinn der Verwerthung einer dreijährigen Erfahrung auf's Spiel setzt. Hülfs-Aerzte oder Assistenten finden sich in keinem Asyle. — Diesen grossen Mängeln wünscht und hofft die Commission abgeholfen zu sehen durch die Benutzung einiger zweckmässiger Vorschläge, die sie macht, — der einzigen Mittel, mit denen sie zu Hülfe kommen kann, die aber bis jetzt nur in sehr wenigen von den 51 Asylen, wenigstens theilweise, Eingang gefunden haben.

Fl.

Die mährische Landesirrenanstalt bei Brünn, dargestellt von *J. Czermak.* Wien, 1866. 4°. 176 S. Mit 5 Tafeln in Steindruck.

Nur mit Freuden können die Fachgenossen es begrüssen, wenn die Directoren der zahlreichen neuen Irrenanstalten, die in unserem deutschen Vaterlande in den letzten Jahren erstanden sind, sich bemühen, die neuen Schöpfungen zu allgemeinem Nutzen durch getreue Darstellung bekannt und so auch denen zugänglich zu machen, welche nicht in der Lage sind, durch persönliche Anschauung von dem regen Leben Kenntniss zu nehmen, welches auf dem Gebiete des Irrenanstaltswesens in der Nähe und Ferne herrscht und bald hie, bald da eine neue Blüthe hervorbringt, die, je nach dem Boden, auf dem sie erwachsen, und je nach der Individualität, deren Einfluss ihr den Stempel aufgedrückt hat, immer eine eigenthümliche Gestalt und Färbung tragen wird. In diesem Sinne heissen wir auch die Schrift willkommen, mit der der Director der neuen mährischen Landesirrenanstalt Dr. *Czermak* diese ihm anvertraute Anstalt in den Kreis ihrer Schwestern eingeführt hat, und folgen ihm gerne in der detaillirten Schilderung der Entstehung, Gliederung und Wirksamkeit seines Instituts, welche er in dem vorliegenden Werke zu geben sich die Mühe genommen hat.

Aus der Einleitung ist die erfreuliche Thatsache hervorzuheben dass in verhältnissmässig sehr kurzer Zeit die neue Anstalt (am 10.

März 1861 Grundsteinlegung, am 1. November 1863 Eröffnung) ins Leben gerufen worden ist, ein Zeitraum für die Ausführung, wie er wohl kaum seines Gleichen haben dürfte.

Die für 336 Kranke berechnete Anstalt (Ende 1864 Bestand von 234 Kranken) ist Heil- und Pflege-Anstalt für die Markgrafschaft Mähren und mit einem Gesammtaufwande für Bau und innere Einrichtung von 434,503 Fl., ¼ Stunde von Brünn, erbaut. Sie besteht aus einem 3stöckigen Hauptgebäude, dessen mittlerer Theil als Risalit vorspringt, und dessen Seitenflügel sich zu beiden Seiten in linearer Form anschliessen. Zwei bedeckte Gänge, rechtwinklig von der Verbindung des Hauptgebäudes mit den Seitenflügeln nach hinten auslaufend, führen zu zwei zweistöckigen Seitengebäuden, welche die Zellen enthalten. Zwischen den bedeckten Gängen liegt ein Wirthschaftsgebäude, das im vorderen Theile die Küche, im hinteren die Bäder enthält, und ebenso wie die zwischen den beiden Seitengebäuden weiter unten isolirt gelegene Kapelle durch Gänge zugänglich ist. Hinter der Kapelle liegt ein Glashaus und noch entfernter in gleicher Richtung das Wasch- und Stallungsgebäude, während in dem Garten vor der Fronte der Anstalt sich noch ein Leichenhaus und ein Aufnahmegebäude (für Kanzleilocalitäten und Portierwohnung) befinden. Der mittlere Theil des Hauptgebäudes enthält die Wohnungen der Beamten und einen Unterhaltungssaal, die beiden Seitenflügel je fünf Abtheilungen (im Erdgeschoss für 46 ruhige arbeitende Kranke, im ersten Stocke für 36 ruhige reine, zeitweise erregte und für 21 bettlägerige Kranke, im zweiten für 36 ruhige unreine und für 17 ruhige gebildete Kranke), die Seitengebäude im Erdgeschoss die unruhigen unreinen, im oberen die unruhigen, besonders allgemein gefährlichen Kranken, jetzt sechs. Die leider etwas schmal gerathenen Corridore (deren ursprünglich breitere Projectirung vom Ministerium modificirt worden), dienen als Tagsäle, an welche sich die geräumigen (3—4) Schlafsäle jeder Abtheilung anschliessen. Jede Abtheilung ist mit einem Depotzimmer, das zugleich als Theeküche dient, einem Waschzimmer und einem Abort versehen, diejenige für arbeitende Kranke ausserdem mit einem Arbeitszimmer (für verschiedene Handwerke: Schuster, Schneider, Strohflechter, Tischler gemeinsam). Auf einen Kranken kommen durchschnittlich ca. 1,100 Cubikfuss Luftraum, für die III. Klasse jedoch nur 900. Die Heizung ist Luftheizung nach dem *Meissner*schen Systeme vom Kellergeschosse aus, welche zugleich die Ventilation besorgen soll. Eigenthümlich ist die Anlage einer Eisenbahn in dem Kellergeschoss, welche in den ganz unterkellerten Gebäuden (auch die bedeckten Gänge sind unterkellert) das Heizungs-

geschäft (24 Heizapparate) durch Befahren mit sogenannten Hunden sehr erleichtert. Die Aborte sind nach dem *d'Arcet*'schen System eingerichtet; die Erhitzung des aus der Kochkammer aufsteigenden Kamins geschieht durch eine Rostfeuerung (ob nicht besser durch Gas, da ohnehin das Haus durch Gas beleuchtet wird?). Die Wasserversorgung geschieht zum Theil durch Brunnen, zum Theil durch die Wasserleitung der Stadt Brünn; das ganze Haus ist mit Wasserleitung versehen. Für die Ableitung der Faecalmassen und aller Flüssigkeiten des Hauses durch gemeinsame Kanäle ist eine grosse Latrine im Wirthschaftshofe bestimmt, deren Inhalt ausgepumpt und zu wirthschaftlichen Zwecken verwendet werden soll (wird schwerlich genügen, noch auch der grossen Verdünnung halber die Arbeit lohnen). In dem gemeinsamen Badelocale, das sich durch ein geräumiges Vollbad und ein Dampfbad auszeichnet, sind die Baderäume für gebildete und ungebildete Kranke geschieden; nur die Abtheilungen für unruhige Kranke enthalten eigene Badevorrichtungen (namentlich einfache freie Kesselheizung, keine Dampfkessel, nur Handbetrieb); für das Trocknen der Wäsche ist nur ein englischer Trockenapparat mittelst Luftheizungsofens vorgesehen (heizbarer Trockenboden fehlt). In den zwei zweistöckigen Zellengebäuden befinden sich je zwölf mit Hochlicht versehene cementirte Zellen, die durch Luftheizung erwärmt werden und auf den als Tagsaal dienenden Corridor münden, in jeder Abtheilung ausserdem ein Wärterzimmer, ein Badelocal, ein Depot und ein Abort.

Aus dieser flüchtigen Beschreibung lässt sich annehmen, dass mit verhältnissmässig geringen Mitteln (auf den Kopf ca. 860 Thlr. Baukosten) zwar mehr geleistet worden ist, als wir bei der Anlage neuer Anstalten jetzt gewohnt sind, und es lässt sich auch nicht läugnen, dass viele Einrichtungen sehr zweckmässig und namentlich einfach getroffen sind, aber es macht sich doch der Eindruck geltend, dass durch die drei-, resp. zweistöckige Anlage der Anstalt dem Ganzen zu sehr der Charakter einer gewissen Beschränkung und Zusammendrängung der einzelnen Abtheilungen aufgeprägt ist, und wir möchten, auch abgesehen von mancherlei Einzelnheiten (als der Lage der allgemeinen Durchfahrt zu den Höfen und der Oekonomie durch das Vestibule des Administrationsgebäudes, der Isolirung des Aufnahmegebäudes und des Verwaltungsbureaus u. A. m.), deshalb die mährische Landesirrenanstalt nicht gerade als ein Muster für Neubauten empfehlen.

Der Verfasser veröffentlicht ferner in dem zweiten Theile seiner Schrift das Statut und die Directive für die „Gebahrung", die Hausordnung, die Instructionen, Speiseordnung, Licitationsformulare etc.

Wir glauben, da im Ganzen die bezüglichen Vorschriften mit den allgemein üblichen Ordnungen für Irrenanstalten übereinstimmen, nur einiges Abweichende hervorheben zu dürfen. Zur Aufnahme eines Kranken ist das Zeugniss zweier Aerzte, darunter eines Gerichtsarztes erforderlich. „Die Versetzung aus der I. oder II. Verpflegungsklasse in die III. erfolgt von Amts wegen durch den Director, wenn die Verpflegungsgebühren der höheren Klassen nicht rechtzeitig eingezahlt werden", eine Maassregel, welche unstreitig die Kranken am härtesten treffen wird und in deren Interesse in vielen Fällen sicherlich nicht gerathen sein dürfte. „Die Kranken werden nach Maassgabe ihrer Befähigung und der Heilzwecke in der Anstalt beschäftigt und erhalten hierfür nach Anordnung und dem Ermessen des Directors eine Belohnung, welche Eigenthum des Kranken bleibt, für besondere Aufbesserung seiner Verpflegung abgesondert verrechnet und in dem für ihn nicht verwendeten Betrage ihm bei seinem Austritte ausgefolgt wird." Diese an Arbeitshäuser und Gefängnisse erinnernde, nur zu manchen Missbräuchen (Extrakost) erfahrungsmässig führende, allerdings noch in mehreren deutschen Anstalten geltende Einrichtung lässt sich durch besondere Geschenke in Naturalien für die in Pflege Bleibenden, durch Geldbelohnungen für die Abgehenden sehr wohl ersetzen, während der Grundsatz, dass die Arbeit der Kranken um ihrer selbst und nicht um der Anstalt willen geschieht, mehr von dieser bezahlt wird, in einer Irrenanstalt doch jedenfalls aufrecht erhalten werden muss. Der Director hat unter Zuziehung der Hülfsärzte mit dem Hausverwalter vierteljährliche ökonomische Berathungen zu halten, deren Protocolle dem die Verwaltung leitenden Landesausschusse einzureichen sind; er ist zu Anschaffungen und Reparaturen ohne dessen Genehmigung nur bis zum Betrage von 15 Fl. berechtigt. Der erste Hülfsarzt (Hausarzt) hat auch die Controle des Verwalters und der Magazine zu besorgen. Das Wartpersonal, dessen Lohn reichlich bemessen scheint (Wärter von 96 bis 144 Fl., Wärterinnen von 72 bis 120 Fl. ausser freier Kleidung), hat Anspruch auf einen freien Nachmittag allwöchentlich. Die Speisung der Kranken ist in Pacht gegeben, wie gewöhnlich in den österreichischen Anstalten, die Kost übrigens reichlich (die III. Klasse erhält täglich 6 Loth gekochtes Fleisch ohne Knochen und Fett); nur scheinen die verschiedenen Speiseformen (schwache, viertel, Kalbfleisch-, Rindfleisch-, vegetabilische Drittel, halbe und ganze etc.) mehr für ein Krankenhaus als eine Irrenanstalt berechnet. Die detaillirte Mittheilung des Speisetarifs dürfte bei der bekannten Eigenthümlichkeit der landesüblichen Küche wohl nur für süddeutsche

Dr. *Roller* und Dr. *Fischer*, Das Project des Neubaues einer zweiten Heil- und Pflege-Anstalt im Grossherzogthum Baden, vor den Landständen und den beiden medicinischen Facultäten. Mit allgemeinen Bemerkungen über die Errichtung von Irrenanstalten und über psychiatrischen Unterricht. Nebst Anhang. Carlsruhe, 1865. S. 68.

Die wichtigen Ereignisse, welche im vergangenen Jahre ganz Deutschland umgestalteten und auch auf unsere Disciplin rückwirkten, haben den Zweck und die Besprechung der vorliegenden wichtigen Schrift verzögert. Sie berührt eine weit über die Grenzen Badens hinaus bedeutungsvolle Zeitfrage, vielleicht die wichtigste der Gegenwart für unsere Disciplin. Darum drängt sie auch immer wieder sich in den Vordergrund und ist seit der ersten Versammlung des „deutschen Vereins der Irrenärzte" in Eisenach stets Gegenstand eifriger Erwägungen gewesen. Dass die Disciplin klinisch vertreten werden kann, lehren die bisherigen Versuche, aber in welcher wirksamen und wirksamsten Weise, ist noch immer ein Controverspunkt.

Die vorliegende Schrift athmet, wie von den Herren Verfassern nicht anders zu erwarten war, jenen Geist der Liebe zu den Kranken, welcher deren Geschick in der kurzen Spanne eines halben Jahrhunderts vollständig umgestaltet hat. Wir sind dafür dankbar, und es zeigt das Streben der Schrift nach Unparteilichkeit, dass sie auch die Voten der beiden Landesuniversitäten in einem Anhange mittheilt und uns auf diese Weise einen Einblick in die Auffassung der medicinischen Facultäten und deren Eifer zur Erweiterung der medicinischen Lehrmittel gewährt.

Die Ueberfüllung von Illenau und die mangelhafte Beschaffenheit der Pflegeanstalten in Pforzheim haben in Baden eine Aushülfe nöthig gemacht. Die zur Lösung dieser Aufgabe ernannte Commission hat vorgeschlagen, eine Pflegeanstalt bei Emmendingen in der Nähe von Freiburg neu zu errichten, nachdem in der Nähe von Heidelberg ein geeignetes Terrain nicht ermittelt worden war. Die Geldbewilligung dazu im Betrage von 1,200,000 Gulden wurde bei den Kammern beantragt, von diesen aber verworfen und verlangt, dass Pforzheim von der Ueberfüllung befreit, die Anstalt zu Kisslau den Pfleglingen überwiesen werde und eine Anzahl von Kranken der Kreisversorgung zufalle. Zu dieser Verwerfung scheint nicht uner-

heblich beigetragen zu haben, dass die beiden Universitäten zu Heidelberg und Freiburg sich mit dem Verlangen an die Kammern wandten, statt der einen Anstalt deren zwei in ihrer Nähe behufs Einführung des psychiatrischen Unterrichts zu erbauen. So fiel vorläufig der Vorschlag und die Regierung bestimmte, dass zwei Jahre vorübergehen sollten, ehe weitere Schritte geschähen, damit während dieser Zeit Gelegenheit und Anstoss gegeben würde, die betreffende Frage zu erörtern und dadurch weitere Anhaltepunkte zu gewinnen. Aus diesem Grunde suchen die Herren Verfasser der vorliegenden Schrift in ihr noch einmal alle Gründe zusammenzufassen, welche die Ausführung ihres Vorschlages nothwendig machen, und diejenigen Ansichten zu bekämpfen, welche seiner Erfüllung ein Hinderniss bereiten.

Es wird unter Sachverständigen kein Zweifel obwalten und darum in dieser Zeitschrift am wenigsten eine nähere Erörterung nöthig sein, dass die Vorschläge der Ständischen Commission den Nothstand nicht beseitigen, sondern nur ein Neubau entsprechende Hülfe gewährt. Wohl aber dürften die gegen das Project der medicinischen Facultäten angebrachten Gründe eine nähere Erörterung beanspruchen, insofern sie eine Frage berühren, über welche auch unter den Irrenärzten die Ansichten noch differiren.

Die Herren Verfasser bedauern, dass bisher die psychiatrischen Kliniken, so lange sie auch schon bestehen, von einem erheblichen Erfolge Nichts haben wahrnehmen lassen. Sie suchen die Ursachen in mehreren Umständen. Eine der wichtigsten Forderungen für eine Anstalt sei deren Isolirung. Betreffs Heidelberg und Freiburg sei ein solcher Platz innerhalb einer Entfernung von einer halben Stunde nicht zu finden. Eine andere Schwierigkeit liege in der Frage, wer den psychiatrischen Unterricht leiten solle. Die Herren Verfasser halten es nur sehr ausnahmsweise für möglich, dass ein und dieselbe Persönlichkeit befähigt sein sollte, gleichzeitig alle erforderliche Sorgfalt der Anstalt zu widmen und die Stellung eines klinischen Lehrers als Professor an einer Universität auszufüllen. Man könne nicht zween Herren dienen. Dazu komme die den Studenten „so gedrängt zugemessene Zeit". Diese erlaube nur etwa ein Colleg über Psychiatrie mit Vorzeigen einzelner Fälle, nimmermehr aber, dass sie mit dem Leben und den Kranken einer solchen Anstalt gründlich bekannt werden, abgesehen davon, dass die Zulassung von Studenten in das Innere einer Irrenanstalt, auch von sogenannten Unheilbaren, durchaus unstatthaft sei.

Diesen Schwierigkeiten gegenüber sei wohl zu erwägen, dass auch auf andere Weise Psychiatrie gelehrt werden könne. Man sehe

zunächst auf Baden, wo Illenau wesentlich förderlich auf die psychiatrische Bildung der Aerzte eingewirkt habe. Man solle den Anstalten ungeschmälert diese Mission erhalten. Die Herren Verfasser sprechen sich über die Art und Weise, wie die Universität auf die psychiatrische Ausbildung der jungen Aerzte wirken könne, dahin aus: „dass in dem allgemeinen Krankenhause eine Irrenabtheilung mit Kranken aus der Umgegend oder aus der nächsten Irrenanstalt gebildet werde, wobei es auf viele Kranke nicht ankomme, nur darauf, dass sie instrustiv seien. Dies Lehrfach könne mit der Staatsarzneikunde verbunden werden, noch besser mit dem der inneren Klinik. Zu diesem ersten Theile des psychiatrischen Unterrichts würde dann der dreimonatliche Aufenthalt der examinirten Mediciner an einer Irrenanstalt kommen".

Resultat: Die Nähe der Irrenanstalt bei einer Universität bietet nicht die Vortheile, die man allgemein erwartet, und können die entgegenstehenden Schwierigkeiten auch nicht so leicht überwunden werden. Auf der anderen Seite kann ohne die unmittelbare Nähe einer Irrenanstalt durch Vorträge über dies Fach mit Benutzung einzelner Fälle von Seelenstörung und durch den nachfolgenden Aufenthalt der Mediciner in einer Irrenanstalt dem Lehrzweck Genüge geschehen. Es ist also kein Grund vorhanden, die Nähe einer Universität als Bedingung für die Lage einer Irrenanstalt aufzustellen und dagegen die aus dem eigentlichen Bedürfnisse hervorgehenden Rücksichten zurücktreten zu lassen.

So weit die Herren Verfasser vorliegender Schrift. Jeder weitere Beitrag zur Frage der psychiatrischen Klinik kann die Entwickelung nur fördern und auch die vorliegende Schrift selbst fordert dazu auf. Wir müssen den medicinischen Facultäten dankbar sein, dass sie mehr als bisher und selbst — wie die Heidelberger und Freiburger Facultäten — mit Wärme darauf dringen, dass die Psychiatrie nicht blos der Form nach und für den Anfänger von geringem Werthe in Vorträgen gelehrt, sondern auch durch klinische Demonstrationen fruchtbar gemacht werde. Wenn noch immer Bedenken aus dem Kreise der Irrenärzte auftauchen, und wenn die schon vorhandenen Kliniken nur einen verhältnissmässig geringen Einfluss haben, so kommt dies wohl nur daher, dass der Weg noch nicht ermittelt ist, auf welchem das Recht der Kranken „durch Erfüllung der für eine Anstalt nöthigen Bedingungen" mit dem Zwecke der Kinik in Uebereinstimmung gebracht wird. Jeder Vorschlag dazu verdient Prüfung und Erprobung.

Eine mühsame Errungenschaft der Psychiatrie, namentlich der deutschen, ist der Nachweis der Nothwendigkeit, dass zum Unterschiede von anderen Krankenanstalten die Leitung der Irrenkranken-

anstalten in die Hände des dirigirenden Arztes gelegt werde. In Folge dessen genehmigte der Staat, indem er für die Aufnahme der Kranken Anstalten schuf, einen derartigen Umfang, dass die Möglichkeit der einheitlichen Leitung gewahrt blieb. Er erbaute Landeskrankenanstalten, in welchen er für die Aufnahme von 3—400 Kranken Sorge trug. Es lag nahe, dass nach Erreichung dieses Zieles der Wunsch auftauchte, die Irrenanstalten womöglich in die Nähe einer Universitätsstadt zu verlegen, wobei zuerst viel weniger die Gelegenheit, klinisches Material zu liefern, in den Vordergrund trat, als der Wunsch, durch den anregenden Einfluss der Universität und deren Hülfsmittel es den Aerzten der Anstalt zu erleichtern, mit den Fortschritten der übrigen Medicin in Wechselwirkung zu bleiben. Bald aber traten vermehrte Anforderungen hervor. Es wurde immer klarer, dass die Kenntnisse der Psychiatrie nicht blos den Aerzten der Anstalt verbleiben, sondern auch Gemeingut aller Aerzte werden müsse, da es darauf ankomme, die Kranken zur rechten Zeit den Krankenanstalten zu überweisen, dass ein grosser Theil der Kranken auch ausserhalb der Anstalten ärztlich behandelt werden könne, wenn dies in richtiger Weise geschehe, und dass die Bekämpfung der noch vorhandenen Vorurtheile viel weniger den Irrenärzten in die Hände gegeben sei, die isolirt in den Anstalten ihrem Berufe leben, als den Aerzten, welche in steter Wechselwirkung mit dem Publicum dazu nicht blos die Pflicht, sondern auch häufigere Gelegenheit haben. Es ist daher als ein Fortschritt anzusehen, dass man sich bemühte, die in der Nähe der Universitäten schon gelegenen Anstalten als Lehrmittel zu benutzen, und dies führte zu dem Wunsche, neuen Anstalten eine gleiche Lage zu gewähren. Manch' guter Samen ist dadurch ausgestreut worden und wird noch ausgestreut, aber dass die Anstalt zwei verschiedenen Zwecken dienen musste, hat wie bei allen Unternehmungen, welche nicht einem Ziele alle übrigen Verhältnisse unterordnen, ein fröhliches Gedeihen der Anstalten als klinische nicht zur Folge haben lassen. Der Arzt einer grösseren Anstalt, indem er sie leitet, die Kranken nach aussen vertritt, bei der ärztlichen Behandlung viel mehr individualisiren muss, als dies bei jeder anderen Krankheit der Fall ist, bedarf seiner vollen Zeit, um diesen Pflichten in nur annähernd vollständiger Weise zu genügen, und er kann nur einzelne Stunden seiner wissenschaftlichen Weiterbildung, seiner Erholung, seiner Familie und der Belehrung Anderer widmen. Der klinische Lehrer muss aber einen erheblichen Theil seiner Zeit dem Unterrichte widmen können, wenn er nicht blos den Zuhörern Lust zum Berufe einflössen, sondern ihnen auch Anleitung in der Beobachtung und Behandlung der Kranken gewähren soll. Dennoch

darf der Letztere der Leitung einer Anstalt nicht entsagen, um diese Zeit zu gewinnen, weil er nicht blos die Pathologie, sondern auch die Therapie practisch lehren soll, und daher den Haupttheil der ärztlichen Behandlung, den psychischen, anderen Händen nicht überlassen darf, was geschehen würde, wenn er nicht in der Anstalt lebte, das Personal in der Durchführung seiner Anordnungen überwachte und ihm zum Vorbilde diente, wie man seine Pflichten zu erfüllen hat. Schon hieraus geht hervor, dass eine klinische Anstalt wohl allen Anforderungen einer Irrenkrankenanstalt Rechnung tragen müsse, aber doch nicht von einem solchen Umfange sein dürfe, als eine andere Irrenanstalt sein kann. Eine Landesanstalt muss nun alle Kranken aufnehmen, welche ihr den Statuten gemäss zugewiesen werden, und von diesen sind viele, welche als klinisches Material entweder von gar keinem oder nur geringem Werthe, daher nur Ballast sind, dem doch vom klinischen Lehrer als Director eine gleiche Sorgfalt wie den anderen Kranken zugewendet werden muss. Zur klinischen Verwendung bedarf es ferner keiner grossen Zahl von Kranken, um den Zuhörern den Verlauf der verschiedensten Krankheitsprocesse vorzuführen, nur müssen so viele Kranke sein, dass sie einen gegliederten Organismus gewähren und dem Zuhörer eine richtige Vorstellung von dem Leben und Treiben einer ordentlichen Anstalt darbieten. Mehr aus letzterem als aus ersterem Grunde wird man die Zahl 100 festhalten, dagegen aber auch eine grössere Beweglichkeit derselben möglich machen müssen, damit der klinische Lehrer neben seinen Pflichten gegen die Kranken auch einen grossen Theil seiner Zeit seinen Zuhörern, den Vorbereitungen für dieselben und pathologischen Untersuchungen widmen könne. Wie jedem anderen klinischen Lehrer muss ihm die Wahl der Kranken freistehen, und in gleichem Maass als durch bauliche und innere Einrichtungen — Arzneimittel im weiteren Sinne — sowie durch physische und psychische Behandlung den Pflichten gegen die Kranken genügt wird, wird der Ruf der Anstalt wie bei anderen klinischen Anstalten nie an Material Mangel leiden lassen. Es wird daher auch an den acuten Krankheitsprocessen, die wichtigsten für den practischen Arzt, weil sie zuerst in seine Hände fallen, und ebenso wichtig für den klinischen Lehrer, weil die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen gerade zumeist auf die körperliche Grundlage hindeutet, nie fehlen dürfen und ein rascherer Wechsel der Kranken leicht möglich werden. Es ist nicht ohne Grund darauf hingewiesen worden, dass gerade diese acuten Formen für die Demonstration sich am wenigsten eignen, aber es giebt dafür keine, zu welchen nicht die häufige

Zulassung wenigstens eines und desselben Practikanten stets möglich wäre, der ja auch hier die Stelle eines Assistenzarztes vertreten kann und soll. Es sind dabei die chronischen Krankheitsformen ebenso wenig ausgeschlossen, als in anderen Krankenanstalten, welche dem Lehrzweck dienen.

Auf diesem Wege wird den Kranken Rechnung getragen und dies ist nothwendig, nicht nur der Kranken und des Rufes der Anstalt halber, von welcher die klinische Wirksamkeit abhängig, sondern des docirenden Irrenarztes selbst halber, der auf der Höhe nicht blos wissenschaftlicher, sondern auch practischer Psychiatrie erhalten werden soll, ohne welche letztere er oft in die Gefahr gerathen würde, unfruchtbaren Theorieen in einer Weise Geltung zu verschaffen, die ihn und den Arzt gerade da im Stich lassen, wo sie der Erfahrung am dringendsten bedürfen, um überzeugend auf Kranke, Angehörige und Behörden einzuwirken.

Es ist allerdings nicht Sache der Universitäten, die angehenden Aerzte in der Psychiatrie durchzubilden, wohl aber ihnen eine klare Vorstellung von dem Verlaufe der Krankheitsprocesse und der Art der ärztlichen Hülfe zu gewähren, sei es ausserhalb oder innerhalb einer Krankenanstalt, deren Organismus sie kennen müssen. Die weitere Ausbildung fällt der praktischen Thätigkeit in den Anstalten selbst und den erfahreneren Collegen darin zu, aber es wird sich schon in den Kliniken erkennbar machen, wen Anlage und Lust zu einer Fortsetzung auf diesem Berufsfelde ermuthigen können. In ähnlicher Weise wird ja die Chirurgie und Geburtshilfe cultivirt und es würde diese Gleichstellung dazu beitragen, die bisher noch nach verschiedenen Richtungen bestehende Scheidewand zwischen Geistes- und anderen Krankheiten in der einen zu verringern.

Wenden wir diese Vorschläge auf die vorliegende Schrift an, welche zu diesen Mittheilungen Anlass gab, so können wir nur wünschen und müssen es für nothwendig halten, dass ein Abfluss derjenigen Kranken für die Anstalt in Illenau geschaffen werde, welche für deren bisherige so hervorragende Leistungen nur lähmend einwirken — dass ferner für die beiden Landes-Universitäten nicht als klinisches Material Verwendung finde, was die Landesheilanstalt entfernt haben will, sondern dass jede Universität wie für andere klinische Anstalten so auch für eine selbstständige allen Anforderungen Rechnung tragende klinische Irren-Krankenanstalt sorgt, welche nur allein für den Lehrzweck bestimmt ist. Würde sie jetzt eine Landesanstalt von 300, oder gar von 600 Kranken zur Mitbenutzung als Lehranstalt erhalten, so würde dies weder dem Lande noch der

Universität zu gleichem Vortheil gereichen und sie voraussichtlich bald in Nachtheil mit den übrigen Universitäten kommen, für die durch neue geeignete Schöpfungen besser gesorgt wird.

Es liegt nahe, auch der Finanzfrage hierbei zu gedenken, doch tritt sie erst dann in den Vordergrund, wenn die Principienfrage erledigt ist. Immerhin wird die zweckentsprechendste Einrichtung die billigste sein. Die psychiatrischen Kliniken sind aber Missionsstationen der Landeskrankenanstalten und je mehr die letzteren die Kräfte eines Landes beanspruchen, desto mehr sind die Kosten für jene gerechtfertigt, welche diesen eine doppelte Wirksamkeit sichern und auch die Ausgaben für den einzelnen Kranken verringern, weil sie die Krankheitsdauer abkürzen helfen.

Mit dem Motto der vorliegenden Schrift: „Nichts halb zu thun ist edler Geister Art“ schliesst auch Referent diese Besprechung und gleichzeitig mit dem Wunsche, dass auch andere Stimmen aus dem Kreise der Sachverständigen den Erwartungen der um unseren Beruf so hochverdienten Badischen Regierung nachkommen mögen.

L.

Bibliographie.

1. *Selbständige Werke.*

Deutsche.

Bischoff, Th. L., Ueb. d. Verschiedenheit in d. Schädelbildung d. Gorilla, Chimpansé u. Orang-Outang, vorzüglich nach Geschlecht u. Alter, nebst e. Bemerk. üb. d. *Darwin*'sche Theorie. Mit 22 Taf. gr. 4. München (Franz), 1867. 7 Thlr. 3½ Sgr.

Bopp, L. (z. Z. Assistent in Klingenmünster), Ueber Nahrungsverweigerung Geisteskranker. (Inauguralabhandlung der med. Facultät zu Würzburg.) Würzburg, 1866. 8°. 14 S. — Vf. nimmt eine acute und eine chronische Nahrungsverweigerung an. Erstere umfasst alle Fälle, in denen plötzlich vollständige oder fast völlige Verweigerung von Nahrungseinnahme statthat, und wobei gegründete Besorgniss besteht, dass rascher Verfall der Kräfte und ohne zeitiges energisches Einschreiten unter Umständen der Tod erfolgen kann, — bei letzteren werden zwar täglich Speisen eingenommen, sowie auch Getränke; allein es werden dennoch nicht die zur Ernährung nöthigen Stoffe eingebracht, so dass diese mangelhafte Ingestion langsamen, allmählichen, aber sichern Marasmus zur Folge hat.

Beide bilden eine unangenehme Complication fast aller Geistesstörungen aus den verschiedensten Wurzeln entsprossen und variirend in den einzelnen Formen. Am häufigsten tritt sie im Wahnsinne auf, dem dann Melancholie am nächsten kömmt — ferner eine transitorische Form von Melancholie zur Verrücktheit, namentlich der ausgebildete Verfolgungswahn, ihnen reiht sich an die Verrücktheit, und den Schluss macht der ausgebildete Blödsinn, — bei den beiden letzten krankhaften Geisteszuständen ist die chronische Sitophobie frequenter. Von der Zwangsfütterung bis zur Ueberlistung und Ueberredung bringt

Vf. unter den anzuwendenden Mitteln nichts Besonderes vor. Von Krankheiten, welche ihre Entstehung auf Nahrungsverweigerung zurückführen, bringt Vf. vor: Pneumonie, Tuberculose (bei der chron. Form in Folge von Inanition) — Lungengangrän (1836, *Guislain* 13 : 9). Dr. *Ullersperger.*

Drobisch, M. W., Die moralische Statistik und die menschl. Willensfreiheit. Leipzig (Voss), 1867. 28 Sgr.

Fick, L., Phantom des Menschenhirns. Als Supplement zu jedem anatomischen Atlas. 3. Aufl. Marburg (Elwert), 1866. 12 Sgr.

Gummi, Th., Inauguralabhandlung üb. fortschr. Paralyse der Irren. Bayreuth, 1865. 8°. 20 S. — Nach Angabe der psych. u. motor. Störungen ein Krankheitsfall. Ein Wilderer, von Bauern und Jägern gefürchtet, wurde behufs Unschädlichmachung als Waldmeister angestellt und pries sich als solcher sehr glücklich. Plötzlich brach Tobsucht aus, dem in der Anstalt bald ein zweiter folgte. Nach dem 3ten kam bald der Schwächezustand – aus dem strammen, muskulösen Manne, einer athletischen Gestalt ward ein schlaffes, fettleibiges Individuum. Nach 1½ J. Tod durch lobuläre Pneumonie.

Hopp, F. (Assistent in Carthaus Prüll), Ueber Moral insanity. Inauguralabh. d. med. Facultät zu Würzburg. Würzburg, 1866. 8°. 27 S. — Vf. charakterisirt, nach *Prichard*, diese Form des Irreseins als eine perverse Beschaffenheit der Gefühle und Neigungen etc. ohne jegliche Sinnestäuschung und ohne jegliche Störung der Intelligenz und der Urtheilskraft, sich aber auszeichnend durch ein ungewöhnliches Vorwiegen des Jähzorns und der Bosheit, so zwar, dass auch *Guislain* ihrer als arglistige, malitiöse Manie erwähnt. Die Symptome vereinigen sich in einer Verkehrtheit des Charakters, wodurch perverse Gefühle und Impulse unbesonnene Handlungen veranlassen. Der Charakter des Menschen bildet sich nun aber grossentheils aus individueller Beschaffenheit des Strebens, als der motorischen Seite der Seelenthätigkeit. Dieses Streben betrachtet aber die psychologische Forschung als Product zweier Factoren, der Triebe und des Wollens und jede Charakter-Mutation ist in einer Alteration eines dieser Factoren begründet. Die daraus sich ergebende Mannigfaltigkeit ist gross und scheidet die bezüglichen Psychosen in depressive und expansive Grundformen. In 2 Krankengeschichten giebt Vf. nun das Bild anschaulicher bei einem männlichen und einem weiblichen Individuum, — beide gute casuistische Beiträge, von denen Vf. den ersten selbst dem 4. *Prichard*'s gleichstellt. Aus beiden Fällen stellt er, auf *Prichard* gestützt, epi-

kritisch die Diagnose fest — ebenso die Prognose als fortgesetzte Diagnose. Die Behandlung basirt er nur mit ein paar Worten auf die ätiologischen Momente als psychische und moralische. Dr. *Ull.*

Knörlein, Dr. *Anton*, Beiträge zur Organisirung der landschaftl. Heil- u. Pflege-Anstalt für Seelengestörte zu Niedernhardt. Linz (F. Feichtinger's Erben), 1866. 79 S.

v. Krafft-Ebing, Dr., Beiträge zur Erkennung und richtigen forensischen Beurtheilung krankhafter Gemüthszustände für Aerzte, Richter und Vertheidiger. Erlangen (Ferd. Enke), 1867. 74 S.

Landenberger, Die Irrenanstalt Göppingen. 1. Bericht über den 15-jähr. Bestand etc. der Privatanstalt des Dr. *Landerer*. Stuttgart (Rommelsbacher), 1867. 12 Sgr.

Setschenow, Prof. *J.*, u. *Paschutin*, *B.*, Neue Versuche am Hirn u. Rückenmark des Frosches. gr. 8. Berlin (Hirschwald), 1866. 15 Sgr.

Stilling, *B.*, Untersuchungen üb. d. Bau des kleinen Gehirns des Menschen. 2. Heft. (Enth. Untersuchg. üb. d. Bau des Centralläppchens u. seiner Hemisphären-Theile.) 4. Mit 6 Taf. Abbild. in Fol. Cassel (Th. Kay), 1867. 16 Thlr.

Török, *Aurel*, Beiträge zur Kenntniss der ersten Anlage der Sinnesorgane u. d. primär. Schädelformation bei den Batrachiern. (Sitzungsbericht der k. k. Akad. d. Wiss.) Wien (Leopold's Sohn), 1866. Lex. 8. 9 S. mit 1 Taf. 4 Sgr.

Wernker, *A.*, Ueb. Zurücktreten psychischer Störungen während der Dauer fieberhafter Erkrankungen. Inaug.-Dissert. zu Würzburg. Zweibrücken, 1865. 8°. 42 S. — Nach einer Einleitung mit dem Nachweise, dass die Phrenopathieen, Seelenstörungen, ihren Sitz nur im Gehirn haben, wird der Krankheitsfall einer 29jähr. Bauerstochter mit *Melanch. relig.* mitgetheilt, welche in Folge von Misshandlung während der Menses sich bis zur Nothwendigkeit der Uebersiedelung ins Juliushospital (Jan. 1861) verschlimmerte. Im Juni hatte ein heftig wirkendes Drasticum eine fieberhafte enteritische Affection zur Folge, wonach auffallende Besserung. Der psych. Zustand bildete sich aber zur *Melanch. cum stupore* (*Mel. atton.*) aus. Im Mai 1865 kam *Typh. abdom.*, der günstig verlief und während dieser Zeit grössere geistige Freiheit zeigte. Nach Ablauf des Processes kam *Mel. att.* ganz wieder mit cyanotischer Färbung der Extremitäten, Temperaturveränd., gedunsenem Gesicht, vermehrter Thränen- und Speichelsecretion, Augenblinken, psychischer Verschlimmerung bei Menses. Verf. sucht den Grund in

Hyperämie des Gehirns, nervösen Stauungen, welche abnorme Circulation, krankhaften Stoffwechsel und dadurch Störungen in den Hirnfunctionen zur Folge hatten. Dr. *Ull.*

Ausländische.

Audiffreent, G., Théorie de la vision suivie d'une lettre sur l'aphasie. Paris (Leclerc). 102 pages. 1 Fr. 50 C.

Bernard, Leçons sur la physiologie et la pathologie du système nerveux. Avec 65 figg. intercalées dans le texte. Paris (J. B. Baillière et fils), 1866. 8. VIII et 584 pp.

Bonnet, H., L'aliéné devant lui-même, l'appréciation légale, la législation, les systèmes, la société et la famille. Avec préface par *Brierre de Boismont.* 1 Vol. in-8 de 540 pages. Paris, (Victor Masson), 1866. 9 Frcs.

Brierre de Boismont, A., De l'utilité de la vie de famille dans le traitement de l'aliénation mental et plus specialement de ses formes tristes. Paris (Martinet), 1866. 8. 31 pp.

Burggraeve, Etudes médico - philosophiques sur *Joseph Guislain.* Un vol. in-8. de 400 pages. Gand. 10 Frce.

Chéron, Observations et recherches sur la folie consécutive aux maladies aigues. Paris (A. Delahaye), 1867. 2 Frcs.

Dufour, E., Etude sur le ramollissement du cerveau. in-8. de 90 pages. Montpellier, 1866.

Dumesnil, E., et *Morel*, Le restraint-système des asiles publics français pour les aliénés. Paris. (Martinet), 1866. 8. 16 pp.

Ladreit de Lacharrière, Etude méd.-légale sur un cas de simulation de folie pendant plus de trois mois. Paris (Parent), 1866. 7 pp. (Arch. général. 6 Sér. VIII. p. 257. Mars 1866.)

Laurent, Armand, Etude médico - légale sur la folie. Paris (V. Masson et fils), 1866. 383 pp.

Legrand du Saulle, Etude méd.-légale sur la séparation de corps. Paris (Savy), 1866. 35 pp.

— Etude médico - légale sur la paralysie générale. Paris, 1866. in-8. de 32 pages. 1 Fr. 25 Ct.

Lepelletier, Traité complet de physiognom. ou l'homme moral positivement révélé par l'étude raisonnée de l'homme physique. Avec des considérations sur les tempéraments, les caractères, sur leurs influences réciproques. 1 Vol. in-8. de 600 pages. Paris (Victor Masson et fils), 1866. 7 Frcs. 50 Ct.

Morel, Dr. *A.*, Traité de la médecine légale des aliénés. Histo-

rique depuis les temps anciens jusqu'à nos jours. Paris, (Victo: Masson et fils), 1866. 2½ Frcs.

Piroux, Institution des sourds-muets et des enfants arriérés do Nancy. 3e année, distribution des prix et documents divers. Nancy, 1866.

Rapport, neuvième, de la Commission permanente d'inspection dos établissements d'aliénés. 1863, 1864 et 1865. Bruxelles, (Franc. Gobbarts), 1866.

Roussel, Th., Traité de la pellagre et des pseudo-pellagres. 1 Vol. in-8. de 656 pages. Paris (Baillière), 1866.

Statistique de la France. Deuxième série. Tom. XIV. Statistique des asiles d'aliénés de 1854 à 1860.

Voisin, A., Recherches cliniques sur le bromure de potassium et sur son emploi dans le traitement de l'épilepsie. Paris, 1866. in-8. de 46 p.

Vulpian, A., Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux. Paris (Germer Baillière), 1866. 926 pages. 3⅓ Thlr.

Althaus, J., On epilipsy, hysterie and ataxy. Three lectures. London (Churchill), 1866. 4s.

Black, Dr., The Insanity of George Victor Townley. 1865. br. in-8. de 34 pages.

Bucknill, C., and *Tuke, H*, A manual of psychological medecine. sec. edit. 8. 15 S. London (Churchill).

Davey, G., Lectures on insanity, delivered at he medical school of the Bristol royal infirmary. London.

— On the nature and proximate cause of insanity. 8 Vol. 77 pp. London (Churchill). 3s.

Gairdner, T., On the functions of articulate Speech, and on its connection with the mind and the bodily organs. Glasgow, 1866.

Madden, M., On insanity and the criminal responsibility of the Insane. Dublin (Falconer), 1866. Pamphlet.

Maudsley, H., The physiology and pathology of the mind. 8. 16 S. London (Macmillan and Co.).

Part. I.: Physiology of mind. Cap. I. The method of the study of mind. II. The mind and the nervous system. III. The special cord and reflex action. IV. The sensory, ganglia and sensation. V. The hemispherical ganglia and ideation. VI. Emotion. VII. Volition. VIII. Actuation. IX. Memory and imagination. — Part. II.: Pathology of mind. Cap. I. The causes of insanity. II. The insanity of early life.

III. The varieties of insanity. IV. The pathology of insanity. V. The diagnosis of insanity. VI. The prognosis of insanity. VII. The treatment of insanity.

Murray, W., A treatise on emotional disorders of the sympathetic system of nerves. London. 1866, 118 pp. 3s. 6d.

I.: The physiological introduction, and the effects of emotion on the body. 1. The varieties of emotion. 2. The effects emot. on the cerebro-spinal system. 3. On the sympathetic system. 4. Predisposing causes of emotional disorders.

II.: 1. Outline of argument. 2. Diseases of the digestive organs. 3. On the modus operandi of dyspepsia. 4. The organs of generation. 5. The change of life. 6. The male organs. 7. Treatment.

Mushet, B., A practical treatise on apoplexy (cerebral haemorrhage); its pathology, diagnosis, therapeutics and prophylaxis: with an essay on (so-called) nervous apoplexy, on congestion of the brain and serous effusion. London, 1866. 194 pp.

Radcliffe, Ch. Bl., Lectures on epileptic, spasmodic, neuralgic, and paralytic disorders on the nervous system, delivered at the royal college of physicians in London. London (Churchill). 8. 7s. 6d.

Reports: Report of the Pensylvania hospital for the insane, for 1862, 1863, 1864 by Dr. *Th. Kirkbride.*

Thirty-sixth annual report of the directors of *James Murray*'s royal asylum for lunatics near Perth, for 1862.

Report on the royal lunatic asylum infirmery and dispensary of Montrose, for 1863.

Fortieth annual report of the board of managers and medical superintendent of the Kentucky eastern lunatic asylum, at Lexington, for 1864.

Nineteenth annual report of the Devon lunatic asylum, for 1864.

First annual report of the Perth district asylum murthly, for 1864.

Reports of the Argyll district asylum for the Insane, for 1864 et 1865.

Tenth annual report of the trustees of the state lunatic hospital at Northampton. Octb. 1865.

Sankey, W. H. O., Lectures on mental diseases. London (John Churchill and Sons), 1866. 281 pp. 8s. = 3 Thlr. 6 Sgr.

Stewart, Dr., Statistics of insanity in the Crichton royal institution Dumfries. 1865. in-8. at 23 pages.

Winslow, F., On uncontrollable drunkenness considered as a form

of mental disorder with suggestions for its treatment, and the organization of sanatoria for dipsomaniacs. London (Hardwicke), 1866. 54 pp. 1 s.

Youmans, L, Modern Culture: its true aims and requirements. A series of addresses and arguments on the claims of scientific education. London (Macmillan), 1867.

Cardona, Fil., Del rendiconto quadriennale (1861—64) intorno al manicomio anconitato. Napoli, 1866. 57 pp.

Lombroso C., Casi Clinici psichiatrici. Bologna, 1866.

Gad, C. A, Sanct Hans Hospital og Claudi Rossets Stiftelse. Et Mindeskrift, udgivet 1866 ved Kjobenhavns Magistrats Foranstaltning til Erindring om Stiftelsens Bestaaen i 100 Aar og Hospitalets Virksomhed som Sindssygeanstalt paa Bistrupgaard i 50 Aar. Kjobenhavn (Thiele), 1866. Mit 2 Tafeln Buntdruck u. 7 Tafeln mit Plänen. 52 S.

---

2. *Psychiatrisches in nicht-psychiatrischen Zeitschriften.*

Deutsche.

Archiv f. Anthropologie, Ztschrft. f. Naturgesch. u. Urgesch. des Menschen. Herausg. von *v. Baer*, *Desor*, *Ecker*, *His*, *Lindenschmit*, *Lucae*, *Rütimeyer*, *Schaaffhausen*, *Vogt* und *Welcker*. Unt. Red. von *Ecker* u. *Lindenschmit*. 1. Heft. Braunschweig (Fr. Vieweg u. Sohn), 1866. 3 Thlr. — *W. Hiss*, Beschreib. einiger Schädel altschweizerischer Bevölkerung nebst Bemerk. über die Aufstellung von Schädeltypen S. 61 bis 75. — *A. Ecker*, Skelet eines Makrokephalus in e. fränkischen Todtenfelde. S. 75—81. — *A. Ecker*, Ueber e. charakt. Eigenthümlichkeit in der Form des weibl. Schädels und deren Bedeutung f. d. vergleich. Anthropologie. S. 81—89. — *H. Welcker*, Kraniolog. Mittheil. S. 89.

Bastian, H. Charlton, Ueber d. specif. Gewicht verschiedener Theile des menschl. Gehirns. — Archiv der Heilkunde VII. 4. S. 365. 1866.

Benedikt, Mor., Ueber progressive Lähmung der Gehirnnerven. — Oesterr. Ztschr. f. pract. Heilkunde. XII. 6. 8. 10. 18. 1866.

Besser, L., Anastomose zwischen centralen Ganglienzellen. — *Virchow's* Arch. XXXVI. 1. S. 134. 1866.

Bierbaum, J., Aphonie in Folge von Phrenesia potatorum. — Deutsche Klinik. 6. 1866.

Eberth, Flimmerepithelcyste im Gehirn. — *Virchow*'s Archiv. XXXV. 3. S. 477—79. 1866.

Gehewe, Dr. *W.*, Medicin.-statist. Bericht über die öffentl. Irren-Heil- und Pflege-Anstalt bei St. Petersburg „Zur Mutter Gottes aller Leidtragenden" im Quinquennium 1859—63. — St. Petersburg. Med. Ztschrft. Bd. XI. 1866.

Griesinger, W., Zur Aetiologie und Pathologie der Geisteskrankheiten. — Arch. d. Heilk. VII. 4. S. 338. 1866.

Guttmann, Paul, Ueber die Wirkung des Coniin auf das Nervensystem. — Berl. klin. Wochenschrift. III. 7. 8. (Jahrb. CXXX. S. 152.) 1866.

— — Ueber die Unempfindlichkeit des Gehirns u. Rückenmarks f. mechan., chem. u. elektr. Reize. — Archiv f. Anat. u. Physiol. I. S. 134. 1866.

v. *Krafft-Ebing*, Gerichtsärztl. Gutachten über einen nach Kopfverletzung aufgetretenen Fall v. hyster. Irresein. — *Friedreich*'s Blätter f. gerichtl. Medicin. 1866.

Küchenmeister, Ueber d. Cysticercen des Gehirns. — Oesterr. Zeitschrift f. pract. Heilk. XII. 5. 6. 8—11. 13. 15. 17. 19. 21. 1866.

Leidesdorf, Prof. Dr. *Max*, Ueber den heutigen Standpunkt der öffentlichen Irrenpflege. (Vortrag gehalten in der k. k. Gesellschaft der Aerzte, den 21. Decbr. 1866.) — Wiener medicinische Wochenschrift. 1867.

Mandl, J., Ueber die Wirkung d. Curare bei Epilepsie. — Wien. med. Presse VII. 17. 1866.

Meyer, L., Gehirnveränderungen b. d. allg. progressiven Paralyse. — Centralblatt f. d. medic. Wissenschaften. 8. 9. (10. Nachtrag.) 1867.

Meynert, Theod., Zur Pathologie der Sprachstörungen. — Wien. med. Presse. VII. 8. S. 220. 1866.

Moll, Albert, Ueber die Verbreitung der Epilepsie u. das Bedürfniss von Anstalten für Epileptische. — Würt. Corr.-Bl. XXXVI. 6—12. 1866.

Müller, Dr. *Otto*, Bericht über das Asyl für Nerven- u. Gemüthskranke bei Blankenburg a./Harz. — Berl. klin. Wochenschrift. 49. 1866.

Paikrt, Alois, Gänseeigrosse Cyste im rechten Grosshirn. — Allg. milit.-ärztl. Ztg. 14. 1866.

Rinecker; Dehler, Ueb. Othämatom. — Würzb. med. Zeitschrift. VII. 1. S. XIII. 1866.

Rosenthal, Ueber centrale Lähmungen. — Wien. med. Wochenbl XXII. 6. S. 71. 1866.

Schiff, a) Ueber die functionelle Thätigkeit des Herzvagus. b) Zur Physiologie des Nervensystems. — *Moleschott*'s Untersuchungen X. 1. S. 48. 75. 1866.

Schlager, L., Das neue Statut der Badischen Irren-Heil- und Pflege-Anstalt Illenau. — Oesterr. Zeitschrft. für pract. Heilk. XII. 5. 1866.

Schwartze, H., Ueber subjective Gehörempfindungen. — Berlin. klin. Wochenschrft. III. 12. 13. 1866.

Uspensky, Zur Pathologie des Rückenmarks u. des Gehirns. Aus *Bockin*'s Klinik zu St. Petersburg. — *Virchow*'s Archiv XXXV. 2. S. 301. 1866.

Weber, Herm., Ueber das Delirium oder das acute Irrsein während der Abnahme acuter Krankheiten, besonders über das Delirium im Collapsus. — Archiv für wissenschaftl. Heilkunde. II. 4. u. 5. S. 358. 1866.

Wrany, Abnorme Weite der foram. pariet. — Prag. Vierteljahrschr. XC. (XXIII. 2.) S. 108. 1866.

Wundt, W., Ueber einige Zeitverhältnisse des Wechsels der Sinnesvorstellungen. — Deutsche Klinik. 9. 1866.

Zillner, F., Ueber Idiotie. — Wien. Zeitschrift (med. Jahrb.). XXII. 1. S. 212. 1866.

Ausländische.

Archambault, Fall von Aphasie. — L'Union. 18. 1866.

Augier, Unvollständige Aphasie bei Fehlen der Ideenformation. — Gaz. des hôp. 28. 1866.

Berthier, Ueber die Secretionen der Haut in ihren Beziehungen zu Geisteskrankheiten. — Presse méd. XVIII. 22. p. 173. 1866.

Bouchard, Ch., Ueber die secundäre Entartung des Rückenmarks. — Arch. gén. 6. Sér. VII. p. 272. 441. 561. Mars — May 1866.

Bourillon, Aphasie mit rechtsseitiger Hemiplegie. — Gaz. des hôp. 15. 1866.

Broadbent, W. H., Rechtsseitige Hemiplegie mit Deviation der Augen nach links und Aphasie. — Lancet. I. 18. Mai 1866.

Brown-Séquard, C. E., Ueber Uebertragung der Eindrücke in das Rückenmark. — Gaz. des hôp. 19. 1866.

— — Ueber Diagnose u. Behandlung functioneller Nervenkrankheiten. — Lancet. I. 6. 10. Febr. March 1866.

Carre, Marius, Fall von Ataxia locomotionis progressiva. Leichenbefund am N. sympathicus. — Gaz. des hôp. 43. 1866.

Charcot und *Bouchard*, Blitzähnliche Schmerzen ohne Störung der Bewegungscoordination bei beginnender Sklerose der hinteren Rückenmarksstränge. (Soc. de biol.) — Gaz. de Paris. 7. p. 122. 1866.

Dahl, L., Ueber Idiotie u. Cretinismus. — Norsk Mag. XX. 3. S. 235. 1866.

Davey, Ueber die Functionen des Kleinhirns. — Lancet. I. 17. April. p. 468. 1866.

Dodgson, H., Ueber Hirnaffection mit Sprachstörung. — Lancet. I. 15. April. 1866.

Faralli, Giov., Ueber Anwendung des Atropin bei Epilepsie. (Aus dem Italien. von *Marchant*.) — Journ. de Brux. XLII. p. 203. Mars 1866.

Févez, Ueber Compression der Carotiden bei Convulsionen. — Arch. gén. 6. Sér. VII. p. 353. Mars 1866. (Bull. des travaux de la Soc. méd. d'Amiens. III. p. 43. 1866.)

Flint, Austin, Ueber Aphasie. — New-York med. Record. I. 1. March 1866. — Amer. Journ. N. S. CII. S. 561. April, 1866.

Gonzales, Zacarias Benito, Ueber Geisteskrankheiten. — El Siglo méd. 636. 637. Marzo 643. April 1866.

Hailey, Hammett, Fötus anencephalicus. — Obstetr. Transact. VII. p. 78. 1866.

Hollard, H., Ueber das Gehirn der Fische. — Journ. de l'Anat. et de la Physiol. III. 3. p. 286. Mai et Juin 1866.

Jackson, J. Hughlings, Ueber das Verhalten der Sprache bei manchen Erkrankungen des Nervensystems. — Lancet. I. 7. Febr. 1866. p. 174.

— — Ueber temporäre Aphasie bei Epileptikern. — Med. Times and Gaz. Avril 28. 1866. p. 442.

— — Beobachtungen über Sehstörungen, welche bei Krankh. des Nervensystems auftreten. — Ophthalm. Hosp. rep. IV. 4. p. 389 und *Schmidt*'s Jahrb. 1866. Nr. 5. S. 198. (Verschiedene Fälle von Cerebralamaurosen, wonach Neuritis optica bei Hirnerkrankungen oft vorkommt.)

Irrenanstalten, amerikanische, Bericht üb. solche. — Amer. Journ. N. S. CI. p. 213. Jan. 1866.

Larrey, Angeborene doppelte Perforation des Cranium. — Bull. de l'Acad. XXXI. p. 448. Mars 15. — Gaz. des hôp. 32. 1866.

Laycock, Thomas, Ueber die Beziehung des Nervensystems zum Auftreten von Wassersucht und über deren Behandlung. —

Edinb. med. Journ. XI. p. 775. 985. (Nr. CXXIX. CXXX.) March, April 1866.

Legrand du Saulle, Einspruch des behandelnden Arztes gegen die von einer paralyt. Geisteskranken eingegangene Ehe. — Gaz. des hôp. 18. 1866.

— —, Ueber vorhergehende Schwangerschaft, Päderastie, Syphilis, Hysterie, Epilepsie und Geisteskrankheit als Ehescheidungsgründe. — ibid. 31. 34. 37. 40. 1866.

Liégey, Fall von period. Manie. — Journ. de Brux. XLII. p. 129. Févr. 1866.

Marey, *J.*, Ueber die Geschwindigkeit des Nervenstroms. (Soc. de biol.) — Gaz. de Paris. 7. p. 124. 1866.

Maudsley, *Henry*, Ueber gewisse oft mit einander verwechselte Formen von Geisteskrankheiten. 1. Melancholie mit Stupor und Dementia. — Lancet. I. 14. April 1866.

Meadows, *Alfred*, Fall von Missgeburt mit Bemerk. über den Einfluss der psychischen Eindrücke der Mutter auf den Fötus. — Obstetr. Transact. VII. p. 84. 1866.

Morel, Ueber Delirium mit Aufregung als Neurose d. Bauch- und Gangliensystems. — Arch. génér. 6. Sér. VII. p. 385. 530. Avril, Mai 1866.

Motet, Geistesverwirrung bei Auftreten eines Typhoidfiebers. — Gaz. des hôp. 36. 1866.

Moxon, *W.*, Ueber die Beziehungen zwischen Aphasie und Lähmung d. rechten Körperseite. — Brit. Rev. XXXVII. (74.) p. 481. Avril 1866.

Prevost, *J. L.*, und *Cotard*, *J.*, Ueber die Veränderung der Capillaren bei Gehirnerweichung. (Soc. de biol.) — Gaz. de Paris. 7. p. 123. 1866.

— —, Ueber Gehirnerweichung in physiol. und pathol. Beziehung. — Gaz. de Paris. 12. 15. 18. 19. 1866.

Ramskill, Schwitzen an einer Seite des Gesichts bei einem Epileptiker. — Med. Times and Gaz. April 7. 1866.

Rodolfi, *Rodolfo*, Ueber Aphasie. — Gazz. lomb. 14. 1866.

Russell, Congestion und Schwitzen auf einer Seite bei epileptiformen Paroxysmen. — Med. Times and Gaz. April 7. 1866.

Saint-Hilaire, *G.*, Monstrum aus der Familie der Pseudencephalici, Genus Nosencephalus. — Gaz. de Paris. 6. 1866.

Schivardi, *P.*, Ueber d. phrenolog. Conferenzen des Dr. *Fossati* in Mailand. — Gazz. Lomb. 1—3. 1867.

Sieveking, *E. H.*, Nutzen der Bromalkalien bei Nervenkrankheiten. — Brit. med. Journ. Mai 6. 1865. — *Schmidt*'s Jahrb. Bd. 127.

Nr. 9. (In manchen Fällen von Epilepsie entschiedener Nutzen, in anderen ohne Erfolg.)

Th. Hillier, Ed. med. Journ. p. 470, will 2 Mal davon bei kleinen Mädchen Heilung gesehen haben bei 5 Gr. *Kal. brom.* 2 stündlich.

Siry, Ueber Behandlung der Epilepsie. — L'Union. 42. 1866.

Turner, W., Angeborene Missgestaltungen des menschlichen Schädels. — Edinb. med. Journ. XI. p. 7. Juli 1865 u. *Schmidt's* Jahrb. Bd. 127. Nr. 9. (Bei einem intelligenten Schottländer und dem Kopfe einer Mumie. Bisher sind 40 Scaphocephali beschrieben.)

Walton, Haynes, Ueber Schwächezustände der Augen nach geistiger Anstrengung. — Brit. med. Journ. April 28. 1866.

Young, James, Fall von Anencephalie. — Edinb. med. Journ. XI. p. 1058. (Nr. CXXXI.) Mai 1866.

Kleinere Mittheilungen.

Bericht über die erste südwestdeutsche Localversammlung von Irrenärzten in Carlsruhe. — Auf die von Geheimerath *Roller* ergangene Einladung hatte sich den 26. März dieses Jahres eine zahlreiche Versammlung von Irrenärzten Südwestdeutschlands in Carlsruhe eingefunden, welcher als Gäste Mitglieder der würtembergischen und badischen Regierung, der badischen Obermedicinalbehörde, und viele Aerzte von Carlsruhe beiwohnten. Von Anstaltsärzten waren anwesend: Dr. *Brosius* von Bendorf, Med.-Rath *Gräser* von Eichberg, Dr. *Hoffmann* von Frankfurt, Director Dr. *Ludwig* von Heppenheim, Director Dr. *Dick* und Dr. *Loechner* von Klingenmünster, Geh. Hofrath *Fischer* mit den Hülfsärzten Dr. *Otto*, Dr. *Brenzinger*, Dr. *Müller* von Pforzheim, Obermedicinalrath *v. Zeller* von Winnenthal, Dr. *Rühle* von Cannstatt, Geheimer Rath *Roller* mit den Hülfsärzten Dr. *Reich*, Dr. *Schüler*, Dr. *v. Krafft-Ebing*, Dr. *Kirn* von Illenau, Professor *Brenner* von Basel. Mit Dr. *v. Zeller* war Regierungsrath *v. Schönlein* aus Stuttgart, Mitglied der Winnenthaler Aufsichts-Commission, gekommen, welcher so wie der badische Ministerialrath *Frei* beiden Sitzungen beiwohnte. Freundliche Theilnahme bezeugten ausserdem viele Aerzte der Residenz, voran die Mitglieder des Obermedicinalraths mit dem nichtärztlichen Director Geheimrath *Schmidt*, die obersten Militärärzte etc.

In einer kurzen Ansprache, mit welcher *Roller* die Anwesenden begrüsste, dankte er ihnen, dass sie der Einladung so zahlreich gefolgt seien, hob sodann den Werth dieser durch *Lähr* angeregten Localversammlungen hervor, erinnerte daran, welch' günstigen Erfolg für die Entwickelung des Irrenwesens es gehabt habe, dass die Vertreter desselben seit lange bis in die neueste Zeit durch engere Bande als die der blossen Collegialität verknüpft gewesen seien, und weist endlich auf den innigen Zusammenhang der Psychiatrie mit der übrigen Heilkunde hin, welcher durch Anwesenheit vieler Aerzte sei-

nen Ausdruck erhalten habe, sowie auf die erfreuliche Erfahrung, dass auch Vertreter der Regierung an dieser Versammlung lebhaftes Interesse durch ihre Theilnahme an dem Irrenwesen zeigten, was der Sache der Anstalten nur von hohem Vortheil sein werde. Auf den Vorschlag von *Roller* werden Director *Dick* zum Vorsitzenden, Dir. *Ludwig* und Assistenzarzt *Reich* zu Schriftführern durch Acclamation gewählt.

Nach Eröffnung der Sitzung hielt Dr. *Schüle* den auf die Tagesordnung gesetzten Vortrag über das *Delirium acutum*.

Bei der hierüber eröffneten Discussion begrüsst *Hoffmann*, dass durch derartige wissenschaftliche Arbeiten die Kenntniss des Zusammenhanges psychischer Krankheiten mit pathologischen Processen mehr und mehr gefördert werde, hebt besonders die Trunksucht als ätiologisches Moment für *Delirium acutum* hervor, welches Wort, wie *Delirium* überhaupt, er aber als zu Missverständnissen führend, ganz ausgemerzt wissen möchte, wogegen aber *Ludwig*, *v. Zeller* u. A. den Ausdruck, als passende symptomatologische Bezeichnung aufrecht halten. — Die von *Hoffmann* angeregte Frage, ob Fälle von *Delirium acutum* in die Irrenanstalten oder in die Spitäler gehören, wird unentschieden gelassen. — *v. Zeller* führt einige Fälle von *Delirium acutum* aus eigner Erfahrung an, bei denen plötzliches Aufdenkopfstellen und Insolation als ungewöhnliche, ätiologische Momente eingewirkt hatten.

Dick beantragt, da der Vortrag für weitere gegenwärtige Discussion zu reich an neuen Gesichtspunkten sei, für die nächste Versammlung nochmals die Discussion des Gegenstandes auf die Tagesordnung zu setzen, und Dr. *Schüle* den Wunsch auszusprechen, seine Arbeit der Allgemeinen Zeitschrift einzuverleiben, welchem Antrag die Versammlung einstimmig beitritt. — *Schüle* erklärt sich hierzu gerne bereit und recapitulirt zum Schluss den Gang, den er bei der Ausarbeitung seines Vortrags genommen hatte.

In dem darauf folgenden geschäftlichen Theil der Sitzung wird nach Vorlesung des *Lähr*'schen Entwurfes und gepflogener Berathung über die Constituirung des irrenärztlichen Localvereins beschlossen, von Aufstellung von Statuten Umgang nehmend derartige Localversammlungen auch in Zukunft zu halten, statt der früher projectirten Pfingst-Versammlung in Weimar wie bisher die an die deutsche Naturforscherversammlung sich anschliessende, allgemeine psychiatrische Versammlung auch in Zukunft beizubehalten. Als Versammlungsort für diese wird, abgesehen davon, ob die Naturforscherversammlung in Frankfurt im Herbst zu Stande kommt oder nicht, Heppenheim empfohlen; als Ort und Zeit für die nächste südwestdeutsche psychia-

trische Localversammlung wird Heidelberg im Mai 1868 festgesetzt. Als Gegenstand für Berathung der nächsten Localversammlung wird auf *Hoffmann*'s Antrag die *Folie raisonnante* gewählt, worüber *Hoffmann* das Referat übernimmt. *Roller* bespricht sodann die Frage über Förderung der Allgem. Zeitschrift, worüber von *Hoffmann* u. A. schon in früheren psychiatrischen Versammlungen Anträge gestellt worden waren. Unter allgemeiner Zustimmung wird beschlossen, die Zeitschrift mit allen Kräften zu unterstützen, die Frage, in welcher wirksamsten Weise dies geschehen könne, auf die Tagesordnung der nächsten allgemeinen Versammlung zu setzen und *Lähr* *) zu bitten, das Referat hierüber wo möglich unter Grundlegung schon ausgearbeiteter Vorschläge zu übernehmen.

Schluss der Sitzung Abends 7 Uhr. — Nachher gemeinschaftliches Abendessen im „Erbprinzen".

Fortsetzung der Sitzung am Mittwoch den 27. März, Morgens 9 Uhr.

Director *Dick* präsidirt; an die Stelle des in der Frühe wieder abgereisten Assistenzartes *Reich* wird neben Dir. *Ludwig* der Hülfsarzt *Schüle* von Illenau zum Schriftführer ernannt.

Director *Roller* beginnt die Sitzung mit einem Vortrage über Irrenfürsorge. In demselben bespricht er die Bedeutung der Irrenanstalten, würdigt dann die verschiedenen Uebelstände, die man denselben vorwirft, einer kurzen Kritik, geht dann über zu den für die Irrenanstalten vorgeschlagenen Surrogaten, besonders zur Besprechung des familialen Systems. Indem er von da wieder zu den Anstalten zurückkehrt, zeigt er, dass in diesen der beste Weg zu einer allen Ansprüchen genügenden Irrenfürsorge gefunden sei. Dazu müssen aber die Anstalten auch gewisse Bedingungen erfüllen, die Redner in den Hauptzügen schildert. Zum Schluss der Rede fasst er seine Sätze in eine Reihe von Thesen zusammen, über die dann einzeln discutirt wird.

I. These: Die Behandlung und Verwahrung der Irren geschieht am zweckmässigsten in den dazu eingerichteten Anstalten mit einem die Aufnahme regulirenden Statut.

II. These: Pflegeanstalten bedürfen nahezu derselben Einrichtungen wie Heilanstalten.

III. These: Ein Irrendorf nach dem Vorgange Gheel's zu schaffen, ist weder ausführbar noch wünschenswerth.

IV. These: Die Unterbringung von Irren bei Familien der Umgegend oder in Spitälern ist nur für Einzelne anwendbar.

*) Angenommen. *L.*

V. These: Irrencolonieen passen nur für solche Anstalten, welche keine Gelegenheit zu Feldarbeit haben.

VI. These: Wesentlich zur Gewinnung des nöthigen Raumes in den Anstalten ist die durch die Behörden und Kassen für arme Entlassene unterstützte Localversorgung.

VII. These: Die Irrenanstalten müssen nach den dafür aufgestellten, gültig anerkannten Bedingungen und nicht nach Nebenzwecken, wie richtig sie auch sind, errichtet werden.

VIII. These: Bei Bestimmung der Grösse einer Anstalt ist bis zu einem gewissen Grade das Bedürfniss des Landes maassgebend.

IX. These: Rundreisen der Anstaltsärzte sind zu empfehlen.

X. These: Die Irrenfürsorge ist Sache des Staats; Staatsanstalten müssen ebensowohl wohlhabende als unvermögliche Kranke aufnehmen. Die der Anstalt vorgesetzte Staatsbehörde darf keine Mittelstelle sein.

XI. These: Wichtig sind Visitationen der Anstalten durch die Behörden und Generalinspectionen über eine grössere Zahl von Anstalten.

XII. These: Im Innern der Anstalt muss der rechte Geist walten, das familiale System zur Anwendung kommen.

XIII. These: Zur Bildung der Wärter ist eine Wärterschule erwünscht.

In der nun folgenden Discussion glaubt *Brosius* zunächst eine Disharmonie zwischen der I. und IV. der aufgestellten Thesen hervorheben zu müssen; nach seiner Ansicht gäbe es Kranke, die nicht in die Anstalt passten, aber auch nicht in ihren Familien leben könnten; er glaubt, dass ¼ der Kranken ausserhalb der Anstalt leben könnten, und empfiehlt schliesslich das Gheeler System. *Hoffmann* und *Roller* entgegnen ihm, und namentlich betont der Letztere: dass Anstalten der Hauptort für Unterbringung der Kranken, das Andere nur Nothbehelf wäre.

Er hält diese Ansicht auch einer nochmaligen Motivirung von *Brosius* gegenüber aufrecht und hebt als Antwort auf eine Aeusserung des Letzteren: als ob das Gheeler System auch anderwärts leicht zu gründen wäre, die nach dieser Richtung in Baden gemachten Versuche hervor, die grossentheils fehlgeschlagen seien. In gleicher Weise äussern sich *v. Zeller*, *Hoffmann* und *Ludwig*, und führen Beispiele aus eigener Erfahrung an. Als hierauf *Brosius* beantragt: man solle nur nicht gegen die Colonisation im Allgemeinen stimmen, wird ihm von *Roller* beigepflichtet; der Letztere räth selbst, wiewohl er an die Möglichkeit der Ausführung bis jetzt noch nicht glauben kann, die Versuche fleissig fortzusetzen; er würde in der Erreichung

derselben eine schätzenswerthe Abhülfe gegen die Ueberfüllung in den Anstalten begrüssen. *Hoffmann* stimmt diesem bei und fügt die Bemerkung an, dass alle die gegenwärtigen Vorschläge nicht neu, aber jetzt durch eine ähnliche Strömungsrichtung, wie auch in anderen Gebieten, einseitig generalisirt worden seien. Redner warnt aus praktischen Gründen vor der Aufstellung solcher allgemeinen Grundsätze; die Natur der Sache verlange durchaus Individualisirung. Dass die Durchführung des familialen Systems in Städten auf besondere Schwierigkeiten stosse, sucht er durch Beispiele zu belegen. *Ludwig* zählt aus seiner Erfahrung eben so grosse auf, die dem Versuch einer ländlichen Colonisation bei Hofheim begegnet seien. Schliesslich resumirt der Vorsitzende *Dick* als Resultat der Debatte: dass die familiale Pflege nicht als das ausschliessliche System ausgesprochen werden dürfe — sondern als ein Nebenmittel zu betrachten sei, das von jedem Irrenarzt ausgeübt werden solle, das aber niemals die Anstalten ganz verdrängen dürfe.

Hierauf werden These I—IV incl. angenommen.

Bei der Discussion über These VII wünscht *Hoffmann*, dass die Irrenanstalten in die Nähe der Universitäten gebaut werden möchten. *Roller* und *v. Zeller* antworten hierauf; der Erstere beistimmend, insofern die Grundbedingungen für die Anstalt als solche dadurch nicht beeinträchtigt würden, der Letztere hält dieses in der Nähe von Universitäten für nicht möglich, möchte überhaupt die Pfleglinge durchaus vor klinischer Verwendung gewahrt wissen. *Roller* kann der letzteren Auffassung nicht beitreten, glaubt im Gegentheil, dass ausgewählte Orte recht gut zu klinischen Zwecken benutzt werden könnten; betont aber in Betreff der Hauptfrage nochmals den Selbstzweck der Anstalten als in erster Linie stehend. Damit vereinigt sich nun auch *Hoffmann*, der seine Ansichten über Irrenkliniken etwas weiter ausführt, dem practischen Psychiater allein — nicht dem internen Kliniker im Allgemeinen — die Fähigkeit des klinischen Unterrichts vindicirt, zu letzterem Zwecke aber nur eine ausgewählte Zahl von Kranken, und keine unmittelbare Nähe der Anstalten bei bei Universitäten beansprucht, indem hierzu 1 Stunde Entfernung oder bei Eisenbahn-Communication 3—4 Stunden durchaus genügten. Nachdem *Brenner* noch kurz die Wichtigkeit der klinischen Demonstrationen für den psychiatrischen Vortrag hervorgehoben und *v. Zeller* den Wunsch einer recht raschen, möglichst grossen psychiatrischen Ausbildung aller Aerzte ausgesprochen, wird These VII angenommen.

Ueber die Annahme der These VIII, wird — als einer selbstverständlichen — keine Discussion erhoben; ebenso über die Annahme von These IX.

In Betreff des ersten Satzes der These X wünscht *Ludwig* die Auslegung: dass die Irrenfürsorge **Pflicht** des Staates sei; insofern der Staat dahin sorgen müsse, dass für die Kranken etwas geschieht. *Roller* erklärt sich hiemit einverstanden. *Hoffmann* schlägt noch eine andere Fassung vor mittelst Einschiebung von: „vorbehaltlich der Beiziehung von Gemeinden.“ Die darüber erhobene kurze Discussion einigt der Vorsitzende *Dick* dahin, dass er für den ersten Passus der These X folgende Redaction empfiehlt: „**Die Organisation der öffentlichen Irrenpflege ist Sache des Staats.**“ Diese Anmerkung wird angenommen. —

Ueber den zweiten Theil der These erhebt sich in Betreff des Begriffs „einer Mittelstelle“ abermals die Discussion. Reg.-Rath *v. Schönlein* erläutert, dass die Königl. Würtembergische Aufsichts-Commission zwar eine Mittelstelle, aber mit den nöthigen Vollmachten ausgerüstet sei, womit *Roller* sich einverstanden erklärt. Der Vorsitzende *Dick* empfiehlt von dem Gesichtspunkte: „dass die Anstalten nach den einzelnen Ländern eine verschiedene Stellung zur vorgesetzten Behörde haben“ — **die Streichung dieses zweiten Theils**, was angenommen wird.

Die Thesen XI und XII werden ohne Discussion angenommen. Die These XIII beanstandet *Dick*, insofern der Weg für Erziehung eines guten Wartepersonals der eigenen Wahl jedes Anstalts-Dirigenten überlassen bleibe; — er möchte desshalb diese These nicht aufgenommen wissen. *Roller* betont ihre Wichtigkeit, macht aber keine Einwendung, als der Vorsitzende *Dick* dessen Streichung vorschlägt.

Hierauf Schluss der Sitzung um 11½ Uhr.

Ein Mittagsmahl vereinigte zum Schlusse die Gesellschaft. In allen Berührungen der Mitglieder dieser Versammlung herrschte ein freundlicher, von gegenseitiger Achtung und Zuneigung getragener Ton, der sich immer und überall, in den Discussionen, im traulichen Zwiegespräch, so wie in zahlreichen Trinksprüchen kund gab. In einem derselben bot sich Professor *Brenner* aus Basel zum Vermittler zwischen der Schweiz und unserem deutschen Südwestbund an, was dankbar angenommen ward. — Um eine erhebende Erinnerung reicher kehrten die Collegen zu ihrem Berufe zurück, den Jeder um so lieber gewonnen hatte, je lebendiger ihm eine solche Gemeinschaft zum Bewusstsein gekommen war.

In *Friedrichsberg* — ist die Zahl der Geisteskranken in steter Zunahme, ungefähr der im allgem. Krankenhause gleich. Bisher war die eigenthümliche Einrichtung, dass die Kranken zuerst ins allge-



meine Krankenhaus aufgenommen und dann erst nach *Friedrichsberg* versetzt wurden. Eine Aenderung ist zu hoffen. Im verflossenen Jahre gingen 432 Kranke ab, darunter 147 mit *Del. trem.* und 6 mit vorgeblicher Geisteskrankheit, welche sich als Fieberkranke oder Betrunkene erwiesen. Von den Geisteskranken gingen ab 279; geheilt 46, gebessert 105, ungeheilt abgeholt 43, gestorben 85. Unter den Grundkrankheiten fanden sich schleichende Entzündung des Gehirns und seiner Häute 38, Alterschwund des Gehirns 21, Säuferdyskrasie 41, allgemeine Schwächezustände 161 Mal. Ein „Verein für Geisteskranke" hat sich gebildet und wendet seine Sorgfalt den Entlassenen zu. — Die Jahresausgabe in *Friedrichsberg* betrug 155,905 Mark Crt. (Gehalte 11,804, Lohn 16,870, Beköstigung 67,184, Feuerung 15,556, Wasser 1,896, Beleuchtung 6,350, Medicamente 1,252, Unterhalt der Gebäude 12,201, Wäsche 1,799, Bekleidung 5,895, Vergnügungskosten 1,916). Der landwirthschaftliche Betrieb kostete 9,691, brachte 7,160. Zahl der Kranken am 1. Januar 1866: 264 (134 Männer, 130 Frauen), aufgenommen 221 (103 M., 118 Fr.), gestorben 24 (15 M., 9 Fr.), geheilt 37 (17 M., 20 Fr.), gebessert 72 (31 M., 41 Fr.), ungeheilt 32 (16 M., 16 Fr.), ins Krankenhaus versetzt 18 (6 M., 12 Fr.), Bestand also Ende 1866: 302 (152 M., 150 Fr.), davon Pensionat 33, III. Klasse 21, IV. Kl. 248, von Letzteren werden 200 unentgeltlich gepflegt. Ausserdem in der Anstalt Angestellte: 8 Männer, 3 Frauen, Wartepersonal: 22 M., 21 Fr., Dienstboten 13 M., 7 Fr. Für 155,905 M Crt. sind 485 Kranke verpflegt worden. Verpflegungstage 127,302, davon 100,472 auf Kranke und 26,830 auf Angestellte. Für den Kranken Total-Ausgabe pr. Jahr: 566½, Lebensmittel pr. Jahr: 244 M. Crt. (Aerztlicher und Verwaltungsbericht der Irrenanstalt *Friedrichsberg* vom Jahre 1866.)

Die *Irrenanstalt Göppingen* — hat einen Bericht über ihre bisherige Thätigkeit herausgegeben. Die Anstalt liegt im Südwesten der Stadt, jenseits des Flusses Fils, besteht aus einer Gruppe von Häusern, hinter denen terrassenförmig die Gärten sich erheben. Auf den Höhen entspringen Mineralquellen (alkalisch-erdiger Säuerling). Die Geschlechter sind mehrere 100 Fuss von einander getrennt. Der Abtheilungen sind 11, für Männer 6 und für Frauen 5; überall zweischichtige Corridore, mit Licht von beiden Enden. Es gibt 10 grössere Wohnsäle, 3 gemeinschaftliche Wohnzimmer, 10 grosse Schlafsäle mit 8—20 Betten, 12 grössere Schlafzimmer für 1—4 Betten, 15 Wohnzimmer und 60 Zellen. Die Fenster sind Parallelogramm-Gitterfenster, in den Zellen nach innen der Fenster mit Drahtgeflecht ausgefüllt. Beleuchtung durch Gas, deren Störung durch Kranke

zu den grössten Seltenheiten gehört. Luftkubus in den Zellen 14—17003'. Der dirigirende Arzt wohnt im Frauenhause, der 2. Arzt im Männerhause. 10 Minuten entfernt ist eine Farm von ca. 150 Morgen, auf welcher 9 Kranke untergebracht sind. Da der Anstalt von dem Staate Kranke, und zwar fast nur unheilbare Fälle zugewiesen werden und deren Zahl die der anderen Kranken ums Dreifache übertrifft, so ist das Verhältniss der Unheilbaren zu den Heilbaren wie 5 zu 1. Die Beschäftigung ist mannigfach; ausgedehnter Garten- und Feldbau, Erdarbeiten bei den bisher jährlichen Anbauten, Beschäftigung beim Füllen der 70,000 jährlich versendeten Mineralwasserkrüge, Holzspalten, Schneiderei, Schusterei, Bäckerei, Metzgerei, Buchbinderei, Laubsägerei für die Männer. 70 Gesunde wirken für die Kranken, darunter 33 Wartepersonal. Zwangsmittel sind auf ein Minimum reducirt, sind bei den Frauen auffallend häufiger nothwendig.

Die Anstalt war früher ein sehr besuchter Badeort Christophsbad, kam 1839 in die Hände des jetzigen Besitzers, der es gleichzeitig in eine Wasserheilanstalt umschuf und endlich 1852 als Heil- und Pflegeanstalt für Gemüths- und Geisteskranke eröffnete. 1853 wurde ein Vertrag mit dem Staate abgeschlossen. Das rasche Wachsen machte wiederholte Bauten, von 1857 ab einen zweiten Arzt nothwendig. Bis Ende 1865 wurden 1,100 Kranke aufgenommen, wovon 58 zweimal, 6 dreimal, 2 einmal, 1 fünfmal. 33 von Letzteren waren als genesen entlassen. Von 1,100 Aufgenommenen waren 635 Männer und 465 Weiber, 63 pCt. waren Privat- und 37 pCt. Staatspfleglinge. Die grössere Zahl der Aufnahmen fand nach zwei- und mehrjähriger Dauer der Krankheit statt. Bei den Männern war Tobsucht und Blödsinn häufiger, bei den Frauen Melancholie und partielle Verrücktheit. An allgem. Paralyse litten von 1,100, 92 Kranke (80 Männer und 12 Frauen), mit einer durchschnittlichen Lebensdauer von 2,7 Jahren für die Männer und 4,4 Jahren für die Frauen; bei 19 entstanden durch schwere Excesse in Baccho et Venere, bei 11 durch Kopfverletzung, bei 10 durch Heredität. An Epilepsie litten 40 (31 M., 9 Fr.), dreimal in der Anstalt erst zur Psychose getreten. Unter ihnen ein Knabe, der, 4 Jahre alt, im Walde sich verirrte, am anderen Tage gefunden die Sprache verloren hatte, so 3 Jahre blieb, in welchen er sich körperlich und geistig entwickelte, 7 Jahre alt wieder sprechen lernte, gleichzeitig aber epileptische Anfälle bekam, nach mehreren Jahren blödsinnig wurde und im epileptischen Anfall starb. Ein gebildeter Mann gebrauchte gegen langjährige *Psoriasis universalis* im 18. Jahre Arsenik, die *Psor.* verschwand, aber Patient wurde epileptisch und tobsüchtig, genas in der Anstalt, bekam *Psor.* wieder,

beseitigte sie nach 10 Jahren wieder durch Arsen mit gleichem Erfolg und starb in einem epileptischen Anfalle. Eine 32 jährige Patientin, seit dem 17. Jahre epileptisch, wurde körperlich und geistig erschöpft der Anstalt übergeben, besserte sich geistig und körperlich, hatte 6 Wochen keinen Anfall, dann aber 6 Tage hintereinander stete Anfälle, in denen sie starb. — Die meisten Erkrankungen fielen zwischen das 20. und 30. Lebensjahr. In 179 Fällen (in 156 Aeltern, in 23 Blutsverwandte) konnte Heredität nachgewiesen werden, in 156 Familien waren 24 Fälle von Selbstmord, die auf 17 Familien fielen (bei einem Patienten endeten so Vater und 3 Geschwister, bei einem anderen Grossvater, Mutter, Bruder und Schwester). Das Genesungsverhältniss stellte sich bei Heredität etwas günstiger, Recidive und periodische Formen waren häufiger. Trunksucht war 87 Mal Ursache. Heredität und Trunksucht waren nur in 8 Fällen vereint. Die Tobsucht der Säufer zeigte sehr selten einen acuten oder energischen Charakter, heilte allmählig oder ging in dauernden Blödsinn über. Charakteristisch ist die leicht hervortretende Gemüthsschwäche und spätere Gemüthsstumpfheit der Säufer, durch welche sie auch schwerer dem Reize des gewohnten Lasters entsagen können. Geschlechtliche Ausschweifungen lagen 66 Mal zu Grunde, Kopfverletzungen 28 Mal, die fast immer zum Blödsinn führten. — Entlassen wurden als genesen 199, als gebessert 225, ungebessert 186. Es starben 199 (141 Männer und 58 Frauen), an Paralyse 67. (Die Irrenanstalt Göppingen. Erster Bericht über den 15jährigen Bestand und die Leistungen der Privatanstalt des Dr. *Landerer*, erstattet von Dr. *Landenberger*. Stuttgart, 1866. S. 52.)

In Blankenburg am Harz — stellt sich die Anstalt des Dr. *Müller* die Aufgabe, ausser chronischen Nervenkranken leichtere und beginnende Formen psychischer Störung zu behandeln, daher sind störende und unruhige Kranke ausgeschlossen. Die Anstalt hat ausser 2 Sälen 16 heizbare Zimmer nebst 8 Morgen grossen Garten. Bei hyster. Leiden bildete die örtliche Behandlung der selten fehlenden chron. *Metritis*, den Knickungen, Vorlagerungen und Anschoppungen des *Uterus* die Hauptaufgabe, und hier ist die Prognose im Allgemeinen günstig zu stellen. Einige glückliche Kuren werden mitgetheilt. Seit Bestehen der Anstalt wurden 58 Kranke behandelt. Aufgenommen 1866: 23 Kranke (14 Männer, 9 Weiber), entlassen geheilt 23, gebessert 9, ungeheilt 10, 1 starb. In Behandlung blieben Anfang 1867: 14 Kranke (6 M., 8 W.) Ausserdem wurden 7 Kranke in Privatlogis behandelt. (Bericht üb. d. Asyl f. Nerven- und

Gemüthskranke bei Blankenburg am Harz. Berlin. klin. Wochenschr. 1866. Nr. 49 etc.)

In der Petersburger Anstalt — war Bestand 1859: 284 Kranke (131 Männer, 153 Weiber), eingetreten in 5 Jahren 697 (346 M., 351 W.), daher verpflegt 981 (477 M., 509 W.). Die grösste Zahl der Aufnahme fand durch directe Vermittelung von Verwandten oder Bekannten statt (234). Nächstdem sorgte die Polizei für die Aufnahme (146), auf Ansuchen oder aus eigenem Antriebe bei gänzlicher Verlassenheit. Auch die Civilhospitäler lieferten ein nicht geringes Contingent an Geisteskranken (128); unter ihnen die Irrenabtheilung im Zuchthause (37), wobei es gar nicht abzusehen war, weshalb die Kranken aus ihr sowie aus der männlichen Abtheilung des Obuchow-Hospitals diesen Weg nehmen mussten, statt direct zu uns zu gelangen, da sich in besagten Anstalten alle Erfordernisse zur Beherbergung von Geisteskranken, die den anderen Hospitälern abgingen, vorfanden. Die Patienten aus Armenhäusern, 3 Mal so viel Weiber als Männer, waren meist alte, cachect. Individuen, so dass jene philanthropischen Anstalten weder eine Heilung erwarten, noch eine grössere Störung der Hausordnung befürchten konnten, und der Zweck der Ueberführung mehr den Anschein einer Bequemlichkeit oder der Furcht vor Vergrösserung der Todtenlisten hatte. Auch die Gefängnisse haben die Anstalt nicht verschont mit Patienten, von denen einige ebenso gut hätten dort detinirt werden können, da durch höheren Ortes erlassene Verfügungen jede rationelle psychiatrische Behandlung unmöglich gemacht wurde. Der moralische Eindruck, der dadurch sowohl bei den übrigen Patienten, als auch bei deren Angehörigen hervorgerufen wird, bedarf keiner Erörterung und hebt nicht Vorurtheile.

Entlassen wurden in 5 Jahren 477 (219 M., 258 W.), und zwar genesen 91 (48 M., 43 W.), gebessert 105 (37 M., 68 W.), ungeheilt 258 (120 M., 138 W.), ohne Geistesstörung vom Anfang an 23 (14 M., 9 W.). Unter den Gebesserten ist eine Frau, die seit 1838 an periodischer Manie leidet und 1861 zum 24. Male in die Anstalt trat. Von den ungeheilt Entlassenen wurde mehr als die Hälfte in das Stadt-Armenhaus unter Smolna übergeführt, wo eine Abtheilung für friedliche und reinliche unheilbare Geisteskranke eingerichtet ist. Ein grosser Theil musste auf Befehl der Gouvernements-Regierung, welche sie für völlig gesund erkannte, entweder den Verwandten zurück oder der Kanzlei des Ober-Polizeimeisters zur Verfügung gestellt werden. Die 23 Personen, welche ohne Symptom von Geistesstörung länger oder kürzer anwesend waren, betrafen

meist abgelaufene Fälle in Reconvalescenz, bei denen entweder die Resolution zur Aufnahme oder der Befehl zur Unterbringung zu spät kam. So ein Kaufmann, der 1860 am *Delir. trem.* gelitten. Der Vater hatte die Polizei mit der Bitte um Aufnahme angegangen, die Genehmigung kam erst 3 Monate später an, als Patient lange schon genesen war. Dennoch hielt sich die Polizei für verpflichtet, dem Befehle nachzukommen und brachte den Mann in die Irrenanstalt, bis ihn der Vater von dieser, wie er meinte, heilsamen Lection befreite. Andere Fälle betrafen Beamte, die sich Vorgesetzten gegenüber in so sonderbarer excentrischer Weise betragen hatten, dass sie zur Beobachtung über ihren Geisteszustand hingesandt wurden. Auch ein Simulant, der seine Pensionirung nicht abwarten konnte, gehört hierher.

Gestorben in den 5 Jahren: 220 (128 M., 92 W.). Bestand Ende 1863: 284 (130 M., 154 W.) Die grösste Sterblichkeit im December (25), die geringste im October (11), überhaupt erweist sich der Winter für die Geisteskranken am ungünstigsten. Die Zahl der Patienten vom 26.—40. Jahr ist fast die Hälfte Aller. Von den 941 (461 M., 480 W.) waren 526 (280 M., 246 W.) ledig, 256 (133 M., 123 W.) verheirathet, 108 (14 M., 94 W.) verwittwet, 3 W. abgeschieden, bei 48 (34 M, 14 W.) unbekannt. Auf 638 (308 M., 330 W.) Russen kamen 172 (87 M., 85 W.) Deutsche. 4 Patienten sind länger als 30 Jahre in der Anstalt. Unter den Ursachen wird Erblichkeit mit 12,4 pCt., angeborene Disposition mit 8,2 pCt., Wochenbett mit 12,1 pCt., Affecte mit 27 pCt., (deprimirende bei 148, exaltirende bei 33) angeführt. Es litten an Melancholie 180 (81 M., 99 W.), an Manie 129 (56 M., 73 W.), an *Dementia* 319 (127 M., 192 W.), an *Fatuitas* 149 (78 M., 71 W.), an *Paralys. univ. progr.* 103 (85 M., 18 W.), an Epilepsie 52 (27 M., 25 W.), an Idiotismus 9 (7 M., 2 W.), oder an primären Erkrankungen 200 (94 M., 106 W.), an secundären 741 (367 M., 374 W.). Das günstigste Lebensalter für die Genesenen war vom 21.—25. Jahr (20 Patienten). Die Krankheitsform der Genesenen war: von *Melancholia* 48 (26 M., 22 W.), *Mania* 37 (19 M, 18 W.), *Dementia* 5 (3 M., 2 W.). Zu den 90 Genesenen kommen 219 Gestorbene, bei 461 M. mit 27,7 pCt., bei 430 W. mit 19 pCt. Es starben an allgemeiner Lähmung und Marasmus 42 pCt., an Phthisis 23 pCt. Es folgen einige Krankheitsberichte, von denen wir den letzten mittheilen, als einen Beweis, um wie viel häufiger Anstaltsärzte die Kranken schützen, als Gesetze, welche nicht den Schwerpunkt der Verantwortlichkeit auf jene legen, und von der für unsere Verhältnisse fälschlichen Voraussetzung ausgehen,

dass Individuen als Geisteskranke widerrechtlich von den Aerzten in Anstalten zurückgehalten werden.

„Der Beamte *B.*, 41 Jahre alt, wurde Februar 1862 zur 6wöchentlichen Untersuchung in die Anstalt geschickt. Er brachte im Reisesack c. 20,000 S. Rubel mit, 8 goldene und 4 silberne Uhren etc. Er sieht alt aus, Haar grau, Zunge schwerfällig, Gang unsicher, lebhafter Verfolgungswahn. Der Fortschritt allgemeiner Paralyse tritt immer mehr hervor. Seine Frau hasste er besonders, obgleich er 20 Jahre mit ihr in glücklicher Ehe gelebt hatte, indem er erklärte, dass, wenn er seine Freiheit erlangen würde, er sie ermorden werde. Dagegen empfing er häufig einen Freund, Collegiensecretair *L.* Im April wurde Patient in die Gouvernements-Regierung gefordert, und am 4. Mai erhielt die Anstalt die Resolution, den *B.*, da er weder an Wahnsinn noch Blödsinn leide, zu entlassen und dem Collegiensecretair *L.* auf seine Bitte zu übergeben. Die Anstalt machte hierauf dem General-Gouverneur die Eingabe, dass *B.* trotz der Erklärung der Gouvernements-Regierung von den Aerzten der Anstalt für geisteskrank angesehen werden müsste, und fragte an, ob man ihn im Falle der Entlassung sein Eigenthum einhändigen könne. In Folge dessen wurde vom General-Gouverneur angeordnet, den Patienten noch zu behalten bis zur abermaligen Untersuchung in der Gouvernements-Regierung. Diese fand 2 Wochen später statt, und da die Behörde ihn für „gänzlich gesund" erklärte, so wurde *B.* auf ihren Befehl mit seinen 20,000 Rubeln und übrigen Habseligkeiten in Begleitung seines Freundes *L.*, der sich so warm für seine Befreiung interessirt hatte, in die Kanzlei des Ober-Polizeimeisters entlassen. Was aus dem unglücklichen Patienten später geworden ist, blieb der Anstalt unbekannt; nur sei erwähnt, dass am 10. December eine Anfrage aus dem Polizeiamte an die Anstalt einlief, ob sich nicht in derselben ein gewisser *B.* jetzt befinde und in welchem Zustande."

Einige besonders häufig vorgekommene elementare Störungen beschliessen diesen werthvollen Bericht.

(Dr. *W. Gehewe*, Medic.-statistischer Bericht über die öffentl. Irren-Heil- und Pflegeanstalt bei St. Petersburg „Zur Mutter Gottes aller Leidtragenden" im Quinquennium 1859—63. S. 52 in St. Petersb. Med. Ztschr. Bd. XI. 1866.)

In der Anstalt zu Northampton — betrug die Ausgabe pro 1865 85,178 D., darunter für Verpflegung 23,894, für Heizung 17,493, Gehälter 12,571. Unter den Einnahmen waren 19,653 für Privat-Patienten. Von 134 Aufgenommenen kamen 44 aus anderen Anstalten, fast alle unheilbar, 1 war 11 Jahre im Hause von Verwandten an-

gekettet, 1 war 40 Jahre schon irre. Nur 34 waren noch nicht 1 Jahr krank. Ende 1864 Bestand 334 (144 M., 190 W.), aufgenommen 134 (70 M., 64 W.), entlassen 116 (56 M., 60 W.), Bestand Ende 1865: 352 (158 M., 194 W.). Entlassen: geheilt 33 (17 M., 16 W.), gebessert 27 (14 M., 13 W.), ungebessert 15 (8 M., 7 W.), gestorben 41 (17 M., 24 W.). Durchschnittszahl der Verpflegten 342 (153 M., 189 W.). 6 Entlassene hatten *Delir. trem.*, davon 5 geheilt. Die hypodermatische Anwendung von Morphium zeigte sich mehrere Mal auffallend nützlich. In der Kirche waren gleichzeitig c. 200 anwesend. Vom Director *Pliny Earle* wurden 33 Vorlesungen gehalten. Die Farm producirte 55,344 Quart Milch, enthält 5 Pferde, 8 Ochsen, 1 Bullen, 23 Kühe, 26 Schweine, 33 Ziegen und 4 Kälber.

Unter den Aufgenommenen waren 73 (46 M., 27 W.) aus Amerika, 54 (19 M., 35 W.) aus Irland. An Gehältern bekommt der Director 1,800, der Kassirer 300, der Assistent 900, der Clerk 500, der Oekonom 600 und der Maschinenmeister 600 Dollars. Dr. *Pliny Earle* ist seit einem Jahre dort angestellt.

(Tenth annual report of the trustees of the state lunatic hospital at Northampton. Oct. 1865. Boston. 41. pp.)

Aus Riga. — Während die Anstalten in Wilna, Kiew, Charkow, Odessa, Cherson etc. noch im embryonalen Zustande sind, scheint es mit Riga Ernst zu werden, da der General-Gouverneur der Ostsee-Provinzen sich derselben thätig annimmt. Wahrscheinlich wird Dr. *Noldt*, Director der Pflegeanstalt in Alexandershöhe, zum Director der Anstalt, für 250—300 Kranke bestimmt, designirt werden. Es ist zu beklagen, dass die Anstalt nicht in Dorpat mit Anschluss an die Universität gebaut wird. Besser freilich wäre noch, wenn an beiden Orten Irrenanstalten wären, in Riga für den lettischen District (Curland und den südlichen Theil von Livland) und in Dorpat für den ehstnischen (Ehstland und den nördlichen Theil von Livland).

Ueber den heutigen Standpunkt der öffentlichen Irrenpflege — hat Prof. *Leidesdorf* in Wien einen Vortrag gehalten, worin er gegen die „Neophilanthropen" auftritt, welche die Irren gegen die Gesellschaft und nicht diese gegen jene schützen zu müssen glauben, welche die bestehenden Irrenanstalten beschuldigen, die Kranken, statt sie zu heilen, der Unheilbarkeit zuzuführen. Er untersucht zu diesem Zwecke 1) ob die bestehenden Irrenanstalten zu entbehren seien oder nicht. Nachdem er dies verneint, fragt er 2) ob und welche Kranke der Privatpflege in eigener oder fremder Familie

anzuvertrauen seien. Die meisten Irren sind dort, die wenigsten in den Anstalten, die gefährlichen müssen darin sein, von den ruhigen haben manche keine Familie, andere sind zeitweise ruhig, bei anderen werden Mittel und Geduld der Umgebung erschöpft. Es wird daher die Zahl 6—8 pCt. nicht überschreiten, wenn der Sachverständige durch Geldunterstützung die Angehörigen zu weiterer Pflege bestimmt und sie überwacht. Die Unterbringung in fremden Familien, bei Bauern etc. wird von Niemanden mehr empfohlen. *Bucknill* liess auf dem Anstaltsgebiet „detached blocks" für Arbeitsfähige und ruhige Blödsinnige aufführen und ausserhalb der Anstalt kleine Häuser in der Nähe für verheirathete Wärter, welche einzelne Kranke zu sich nehmen (cottage system), doch kam er später zu der Einsicht, dass das letztere System keiner sehr erheblichen Ausdehnung fähig, die Wahl der Kranken und noch mehr die der Pfleger schwierig sei. 3) Ist es möglich und zweckmässig, Irrendörfer, gleich Gheel, in's Leben zu rufen? Konnte man früher Gheel als ein Dorf mit 617 Privatanstalten ansehen, so ist es jetzt ein grosses öffentliches Institut, dem aber die wesentlichen Bedingungen zu einer genauen Controle und ärztlichen Leitung fehlen. Selbst wenn es ausführbar wäre, haben wir keinen Grund, eine ähnliche Einrichtung zu uns zu verpflanzen, wie man dies selbst in Lüttich nicht wollte. 4) Erweist sich die Anlegung von Colonieen in nächster Nähe einer grösseren geschlossenen Anstalt, aber mit ihr verbunden, als zweckmässig? Dies wird bejaht, da sie die Vortheile ohne die Nachtheile von Gheel habe, insofern sie nur eine ergänzende Abtheilung der geschlossenen Anstalt sei. Unter 1,000 Kranken werden c. 200 zur Verwendung in der Oekonomie sich eignen. Vf. kommt hiernach zu folgenden Resultaten: 1) Den Mittelpunkt der Irrenpflege werden immer nur geschlossene Asyle bilden, sie allein eignen sich zur Aufnahme der frischen, heilbaren Fälle, zur Unterbringung der gefährlichen und endlich auch der unheilbaren, scheinbar ruhigen Kranken, um über ihre Arbeitsfähigkeit und Gefahrlosigkeit auf Grundlage gründlicher Beobachtung zu entscheiden. Die geschlossenen Anstalten werden, wie sie es waren, auch fernerhin die Stätten des psychiatrischen, wissenschaftlichen Fortschrittes bleiben und bald auch hoffentlich überall die klinischen Schulen für jüngere Aerzte werden. Von der Anstalt aus wird man ruhige Irre in der Nähe angesiedelter Bauern- oder Wärterfamilien unter ärztlicher Controle anvertrauen können. Noch gewichtiger ist die Errichtung von Ackerbau-Colonieen in nächster Nähe geschlossener Anstalten. Einige Ruhige kann man gegen Entgelt unter Controle der eigenen Familie überlassen. In guten Armen- und Versorgungshäusern können arme,

ruhige Pfleglinge verpflegt werden. Zur Durchführung dieser Maassregeln muss eine allgemeine Irren-Inspection geschaffen werden, welcher die ungetheilte Fürsorge für die öffentliche Fürsorge obliegt.
(Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft d. Aerzte den 21. December 1866. Wiener med. Wochenschr. 1867.)

Die Veränderungen des Gehirns in der allgemeinen progressiven Paralyse. — Bei Untersuchung von etwa 100 Fällen von allgem. progress. Paralyse fand *L. Meyer*: 1. Die *Pia mater* liess in seltenen Fällen (9) schon mit dem unbewaffneten Auge das Vorhandensein einer ausgedehnten eitrigen *Meningitis* unschwer erkennen. Die deutlichere Eiteransammlung betraf ausschliesslich das Grosshirn, erstreckte sich vorzugsweise längs der Riechstreifen, durch die *Fossa Sylvii* und die Längsspalte zu den Vorderlappen, meist verdeckt durch trübes Oedem, in vereinzelten Flecken und Streifen; purulente Arachnitis wurde zweimal beobachtet. In den meisten Fällen ist jedoch von der Eiterbildung nur ein leicht zu übersehender Rest, in hirsekorn- bis linsengrossen, zerstreuten, gelbweissen Fleckchen zu erblicken; das Mikroskop weist indess auch hier noch deutliche Eiterzellen, in fettiger Degeneration, nach. Man darf diesen Befund nur da erwarten, wo der Tod in, oder doch so kurze Zeit nach dem Exacerbationsstadium erfolgte, dass die Eiterzellen durch fettige Degeneration noch nicht völlig zu Grunde gegangen sind. Diese kaum zu umgehende Voraussetzung findet eine treffliche Stütze in der Beschaffenheit der *Pia mater* der grossen Mehrzahl der übrigen, ausnahmslos aber aller charakteristischen Fälle. Die weiche Hirnhaut ist in eigenthümlicher Weise getrübt und verdickt. Die Trübung ist gelblich-grau, diffus und bedeckt gleichmässig vorzugsweise die Vorderlappen des Grosshirns, ebensowohl an der Basis und Innenfläche wie den Hemisphären, also gerade die Stellen, an denen auch die Eiterablagerungen gewöhnlich vorkommen. Diese verwaschen aussehende und verdickte *Pia mater* überspannt straff ganze Partieen derselben. Die *Pia mater* lässt sich schwer, oft nur unter Substanzverlust der Gehirnrinde oder zurückbleibenden *Pia mater*-Fetzen abziehen, wobei zu bemerken, dass diese Adhärenzen in Bezug auf ihren Sitz mit dem der Eiteransammlungen wesentlich stimmen. Beim Einschneiden oder Abziehen entleert sich ziemlich reichlich eine trübe Flüssigkeit, welche Zellendetritus verschiedener Art enthält, vorzugsweise Körnchenkugeln, auch verkalkte Zellen.

2 Die in der Rindensubstanz des Gehirns vorgefundenen Veränderungen müssen sämmtlich auf die Gehirngefässe zurückgeführt werden. Sie bestehen, in erster Linie, in einer meist abnormen

Neubildung der Capillaren, vielleicht auch der kleinsten Arterien, welche bei genügendem Blutinhalte der Gefässe schon dem unbewaffneten Auge auffällt. Die erkrankten Windungen haben ein röthlich graues, opakes, fast gallertartiges Aussehen; eine intensive Röthung zeigt sich in vielfachen Punkten und Streifen, welche der grauen Gehirnmasse oft ein eigenthümlich geflammtes Aussehen, wie im Erysipel, geben. Aehnliche rosa bis blaurothe Stellen zeigt der Durchschnitt der Corticalsubstanz. Die rothen Stellen der Oberfläche treten, bei einiger Ausdehnung, in deutlicher Schwellung über ihre Umgebung hervor und zeigen eine von dieser abweichende (härtere oder weichere) Consistenz. Nicht selten adhäriren ihnen kleine, äusserst gefässreiche Stückchen der *Pia mater*, öfter erscheinen sie erodirt an sonst glatter Oberfläche. Ueberaus dichte Gefässnetze, gewöhnlich in pinsel- oder sternartiger Anordnung, bereits mit dem unbewaffneten Auge oder schwacher Loupe kenntlich, bedecken selbst bei starker (3—500facher) Vergrösserung fast das ganze Gesichtsfeld.

Die Gefässwandungen sind, mit seltenen Ausnahmen, überaus kernreich. Die Kerne sind gross, von ovaler Gestalt, mit je 2 kleinen Kernkörperchen, denen der normalen Capillaren am meisten ähnlich. Gewöhnlich in kleinen Gruppen in und auf der Gefässwand oder Adventitia, bilden sie häufig genug in dickeren Haufen und Nestern ziemlich bedeutende Vorsprünge, welche auf geeigneten Durchschnitten den Anblick freier Kernwucherungen gewähren. Am geeignetsten zu derartigen Täuschungen sind die gabelförmigen Gefässtheilungen, zwischen denen die sich berührenden Kernwucherungen des Stammes und beider Aeste schwimmhautartig vorrücken. Häufiger noch möchten die Neubildungen an den Capillaren zu der Annahme freier Zellenbildungen Gelegenheit geben. Die Wandungen jener bestehen oft ausschliesslich aus mehrfachen Lagen runder, grosskerniger Zellen mit so kleinem Lumen, dass es kaum dem Durchgange eines einzelnen rothen Blutkörperchens zu genügen scheint; auch völlig solide, zapfen- und kolbenförmige Auswüchse kommen vor. Der senkrechte Durchschnitt dieser Bildungen gleicht auf das täuschendste den Bildungen grösserer Zellen mit mehrfachen Kernen, den sogenannten proliferirenden Zellen.

Aus diesen Neubildungen entwickeln sich in allmäligen Uebergängen die von *Billroth* beschriebenen Gefässräume der Encephalitis. Die erkrankten Gefässe zeigen häufige sack- und spindelförmige Erweiterungen. Kleinste dissecirende Aneurysmen fehlen selten und bilden sich häufig schon in durchaus zelligen Capillaren, indem der Blutstrom zwischen die sich scheidenartig umhüllenden Zellenlagen eindringt. In zwei Fällen von gleichzeitiger Herzhypertrophie fand

sich die Rindensubstanz völlig von stecknadelkopfgrossen dissecirenden Aneurysmen durchsetzt.

Sämmtliche in der Rindensubstanz beobachteten Gefässveränderungen kommen auch in der Marksubstanz vor.

3. Die Bindesubstanz der Gehirnrinde erscheint in Macerationswie Erhärtungspräparaten oft stark körnig, doch ist Verf. hier zu keinem bestimmten Resultate gekommen. Die Bindesubstanz der Marksubstanz zeigt dagegen deutliche Kernvermehrung. Die kleinen Kerne von der bekannten Beschaffenheit der Neuroglia-Kerne zeigen sich in grösserer Zahl zerstreut und in einzelnen Gruppen zu 2—6 zwischen den Nervenfasern; die Kerne enthalten nicht selten zwei Kernkörperchen, sind an einer oder beiden Seiten eingekerbt und in diesem Falle verlängert.

Häufig finden sich *Corpuscula amylacea* in den Gehirnhäuten und dem Gehirne der an allgemeiner progressiver Paralyse Verstorbenen, die nie Jodreaction zeigten, während die gleichzeitig und ihnen völlig gleichen, im Rückenmark vorgefundenen, ohne Schwierigkeit die schönsten Jodfarben von Dunkelblau bis Roth auf kurze Einwirkung von Jod mit Schwefelsäure hervortreten liessen.

Die wesentlichen, unter 1, 2, 3 hervorgehobenen Veränderungen der allgemeinen progressiven Paralyse fanden sich ebensowohl in den Fällen, welche sich nach längerem oder kürzerem Bestehen von Symptomen der *Tabes dorsualis* entwickelt hatten, und die bei der Section Degeneration der Hinter- resp. Seitenstränge zeigten; diese Fälle zeigten sich in ihrem Symptomencomplex nicht wesentlich (die Entwickelung aus der Tabes abgerechnet) von den gewöhnlichen abweichend und sind überhaupt so selten, dass die Aufstellung als eine besondere Form der allgemeinen progressiven Paralyse nicht gerechtfertigt ist. Es ist nicht gelungen, eine Fortsetzung der Rükkenmarksdegeneration in die Faserzüge der Marksubstanz zu finden, was doch erforderlich wäre, wollte man einen Zusammenhang zwischen dem Rückenmarksleiden und der Erkrankung der Gehirnrinde statuiren. Diese Complication findet überdies eine so ausreichende Erklärung in der beiden Leiden gemeinschaftlichen ätiologischen Basis, dass man sich eher über deren relative Seltenheit wundern dürfte.

4. Gut isolirte Zellen der Gehirnrinde zeigen neben mehrfachen, unter sich und mit der Zellensubstanz übereinstimmenden, Protoplasmafortsätzen, den einfachen, hyalinen Nervenfaserfortsatz. Wichtig erscheint die Differenz der Zellen nach ihrer Lage in den oberflächlichen oder tiefen Schichten der Gehirnrinde. Erstere sind kleiner, weniger oder gar nicht pigmentirt, nur mässig granulirt, daher

blasser, von zarterer Textur, mehr ovaler Gestalt, in Bezug auf die Vertheilung der Fortsätze meist bipolar; die tiefer liegenden Zellen sind weit grösser, von starkem Körner- und Pigmentgehalt, derber, von runder oder kolbiger Form. Die Ganglienzellen der oberflächlichen und tieferen Schichten der Gehirnrinde entsprechen also nach Form und Beschaffenheit den sensiblen resp. den motorischen Zellen des Rückenmarks. Dieses Verhältniss ist insofern auch für die Beurtheilung pathologischer Fälle nicht unwichtig, als die Zelle einer tieferen Lage neben der einer oberflächlichen für geschwollen, turgescirt gehalten werden könnte. Zuweilen stösst man auf wahre Monstra von Ganglienzellen in den tieferen Schichten, welche den grossen motorischen Zellen der Vorderhörner sehr nahe kommen. Indess ist dieses Vorkommen zu vereinzelt, um eine allgemeinere Deutung zu gestatten, und beschränkt es sich keineswegs auf die Gehirne der allgemeinen progressiven Paralyse. Im Uebrigen ergab für letztere Erkrankung die Untersuchung der Ganglienzellen ein durchaus negatives Resultat Bei vorgeschrittener Atrophie fanden sich öfter, besonders in den oberflächlichen Schichten, ausserordentlich schmale, spindelförmige Zellenformen, die sich indess durch ihre Fortsätze noch als Ganglienzellen auswiesen; aber diese atrophischen Zellenformen finden sich ebensowohl in anderweitig atrophischen Gehirnen, besonders des höheren Alters. Sie scheinen durch directe Verschrumpfung zu entstehen; Fettdegeneration der Ganglienzellen konnte Vf. nicht constatiren, wohl aber, dass letztere den verschiedensten pathologischen Vorgängen gegenüber ausserordentlich resistente Gebilde sind.

Das Resultat fasst sich in folgende zwei Hauptsätze: 1) Die Veränderungen der Gehirnsubstanz (die Gefässneubildung, die Zellenwucherung an den Gefässen, die Kernvermehrung in der Bindesubstanz) in der allgemeinen progressiven Paralyse weisen einen chronisch entzündlichen Process in derselben (nicht nur in der Gehirnrinde), eine *Encephalitis chronica* nach. 2) Diese chronische Encephalitis entwickelt sich in den meisten, und meist charakteristischen Fällen aus einer chronischen Meningitis. (Vorläufige Mitth. im Centralblatt f. d. med. Wissensch. 1867. Nr. 8. u. 9.)

Digitalis gegen Hallucinationen — wandte *Beirao* in der Irrenanstalt zu Billafolles mit Nutzen an. Ein Mädchen von 38 Jahren, ohne hereditäre Anlage, gut erzogen, guter Constitution, sehr nervös und zum Zorn geneigt, viel in Romanen lesend, ward 1865 gleichgültig gegen Putz, ging schon unwohl Weihnachtein in die Kirche ward Nachts von Hallucinationen ergriffen, in denen unförmige Dä-



monen erschienen und Flammen drohten. In Folge dessen die nächsten Nächte Schlaflosigkeit. Dass die Schwester auch im Zimmer schlief, half nicht, ja es kam der Drang, jene im Schlafe zu erdrosseln. So dauerte es bis Frühling 1866, wo sie ins Spital kam. Hier grosse Unruhe und Aufregung, Aufstehen, Umhergehen, Hin- und Herbewegen, Klagen, Verwünschungen. Sie glaubt sich von Dämonen gefasst und erklärt dies für gerechte Strafe ihrer grossen Sünden. Sturzbäder, Eisen, Laxantia helfen nicht, endlich Besserung durch Digitalis (Inf. ϶ β auf 4 ℥ Wasser), 3 Löffel täglich, vom April bis Juni mit zwei kurzen Unterbrechungen wegen Hirnsymptomen.

Bei einer zweiten Kranken, die neben Manie noch an Herzfehler litt, waren die Hallucinationen äusserst heftig. Dennoch ward sie von ihrem mentalen Leiden geheilt, das Herzleiden blieb unverändert (Annals de Bilhafolles. III. Acçao da digitalis sobre as allucinaçoes a proposito de dois casos de Mania tratados no Hospital de Bilhafolles. Nr. 23. 13. Dezembro 1866. p. 619.)

Dr. *Ullersperger.*

Die subjectiven Gehörs-Empfindungen — theilt *Erhard* in 4 Kategorieen: 1) Pulsation (Hämmern, Klopfen u. s. w.); dies ist keine Gehörs-, sondern eine Gefühlsempfindung, beruhend auf verstärkter Perception der Pulswellen der *Car. interna*; beweisend dafür ist der Umstand, dass diese Pulsationen durch Druck auf die Carotis, durch Digitalis modificirt werden, und dass sie auch bei Taubstummen vorkommen, wo eine Reizung des *Acusticus* ausgeschlossen ist. Acute Catarrhe, Entzündungen, Furunkel, Abscesse bilden die Bedingungen dieser Erscheinung. — 2) Empfindung von Geräuschen (Sausen, Brausen, Summen). — 3) Empfindung von Klängen (Singen, Tönen). — 4) Combination von Geräuschen und Klängen (Heulen, Schreien). — Die Empfindung von Geräuschen ist auf Reizung des *ramus vestibuli*, die von Klängen auf Reizung des *ramus cochleae*, die combinirte Empfindung auf Reizung beider Aeste des *Acusticus* zu beziehen. Auf Grund dieser Eintheilung werden eine Reihe pathol. Verhältnisse und therapeutische Folgerungen erläutert. (Berl. klin. Wochenschr. 1867. Nr. 12.)

Ueber die schlafmachende Kraft der Narcotica — hat Dr. *Fronmüller* weitere Untersuchungen angestellt. Darnach ist das *Buchner*sche Hyoscyamin zu $\frac{1}{8}$—$\frac{1}{4}$ Gr. am wirksamsten, die höheren Gaben unzuverlässig. Bei 53 verschiedenartigen Kranken zeigte sich 21 Mal die hypnotische Wirkung vollständig, 19 Mal theilweise, 23 Mal gar nicht. Stuhl nicht gehemmt, Harn vermindert, oft Schweiss und Er-

weiterung der Pupillen. Das *Merk*'sche Hyoscyamin in Gaben von $\frac{1}{15}$ — $\frac{1}{5}$ Gr. wirkt noch auffälliger, zuweilen Trockenheit im Hals, Schwindel, Delirien, Schweiss, in 7 Fällen von 9 Pupillenerweiterung. Es ist das Hyoscyamin ein Hypnoticum 3. Ranges und besonders da angezeigt, wenn man zugleich Hustenreiz beschwichtigen will. — *Cannabis indica* gehört zu den Hypnoticis ersten Ranges, ohne dabei starke Gefässaufregung, Hemmung der Ausscheidungen zu veranlassen, wirkt jedoch schwächer und weniger sicher als Opium, eignet sich zum Alterniren mit Opium und wird am besten als spirituöses Extract, 8 Gr. pr. d., in Pillenform genommen. — Beim Lupulin ist eine hypnotische Wirkung auszuschliessen, ebenso vom Solanin keine besondere hypnotische Wirkung zu erwarten. Daturin, Atropin, Nicotin, Coniin, Aconitin eignen sich wegen ihrer Gefährlichkeit nicht dazu. Coca ist ziemlich wirkungslos.

(Deutsche Klinik. 35. 40. 1865.)

Schädel Dante's. — Die italienische Regierung hat die Gebeine *Dante*'s wieder aufsuchen lassen und die dazu niedergesetzte Commission hat betreffs des Schädels Folgendes ermittelt: Der Schädel wog 730 Grammen. Die die Höhle ausfüllenden Reiskörner wogen 1 Kilogramm und 420 Grammen oder 3,1319 Pfund avoir du poids. Der Durchmesser vom Hinterhaupt bis zum Stirnknochen betrug 31 Centimeter (offenbar 13) und 7 Millimeter, der Querdurchmesser, zwischen den Ohren genommen, 31 Centimeter (offenbar 13) und 8 Millimeter und der Verticaldurchmesser 14 Centimeter. Die Peripherie des Schädels, gemessen längs 2 Linien, die beziehentlich von Punkten auf jeder Seite des hervorragendsten Theils des Hinterhaupt-Höckers ausgehen und an dem Nasenhügel endigen, betrug 52 Centimeter und 5 Millimeter. Verschiedene Erhöhungen waren an *Dante*'s Schädel ungemein sichtbar; eine besonders war ihrer bedeutenden Grösse wegen merkwürdig. Sie lag nahe bei dem mittleren und oberen Theil des Stirnbeins und hatte eine längliche Form. Obgleich die Commission keine Jünger *Gall*'s sind, so schenkten sie diesen Erhöhungen doch besondere Aufmerksamkeit und führen an, dass den Gesetzen der Phrenologie nach *Dante* in hohem Grade die Organe des Wohlwollens, der Religion, der Verehrung, der Unabhängigkeit, der Selbstachtung, des Stolzes, der Gewissenhaftigkeit, des mechanischen Zeichnens, der Skulptur und Architektur besass. (Das Ausland. 1866. Nr. 27.)

In London — bringt *Hardy* (Präsident des Amtes der Armenpflege) eine Bill ein zur Errichtung von Asylen für mittellose Kranke

und Wahnsinnige, so wie andere Klassen von Nothleidenden in der Hauptstadt. Die jetzt bestehenden Armenarbeitshäuser seien überfüllt, die Krankenpflege, Heizung, Luftzug und Meublirung zu mangelhaft. Der Kostenzuwachs werde 60,000 Lstr. jährlich betragen und durch eine allgemeine Abgabe von 1 Pence pro Pfd. Sterl. gedeckt. Der Bau der Asyle werde ca. 400,000 Lstr. kosten, welche Summen im Laufe einiger Jahre durch eine Abgabe von ¾ Pence per Lstr. abgezahlt werden könne. (Unterhaus-Sitzung in England vom 8. Febr. 1867.)

Aus Stettin. — Der hier tagende Communal-Landtag hat gestern für die Anstalt für blödsinnige Kinder in Küchenmühle 2,400 Thlr. bewilligt.

In Paris — hat der Seine-Präfect am 3. Dec. 1866 mitgetheilt, dass für 1867 die Summe von 4,806,536 Frcs. für Erbauung von Irrenanstalten bestimmt seien.

In Paris — organisirt die Soc. méd.-psych. während der Ausstellung Sitzungen für einheimische und fremde Irrenärzte am 15. u. 29. April, 13. u. 27. Mai, 10. u. 24. Juni, 15. u. 29. Juli, in denen Jeder nach vorheriger Anmeldung Vorträge halten kann. Folgende sind festgestellt: „Législation et mode d'assistance applicables aux aliénés dans le différents pays." — „Rapports de la folie avec l'éducation publique et privée." — „Pensions de retraite pour les médecins d'asiles publics." — „Bases d'une bonne statistique de l'aliénation mentale." — „Des altérations anatom. des centres nerveux dans les diverses formes d'aliénation mentale et particulièrement des progrès réalisés, sous ce rapport, par les études micrographiques."

In Warschau — haben unter Mitwirkung des Prof. *Balinsky* aus Petersburg Berathungen wegen Erbauung und Einrichtung eines Irrenhauses stattgefunden, da die bei dem dortigen und dem Lubliner Benifrater-Kloster bestehenden Irrenheilanstalten nicht mehr den Anforderungen entsprechen.

Ueber das Vorkommen der Ohrknopelgeschwülste und ihre Beziehung zum Othämatom — weist *Th. Simon* durch Untersuchung der Insassen des Hamburger Siechenhauses nach, dass überhaupt jede langdauernde Krankheit zur Erzeugung solcher Tumoren disponirt. Von 280 Männern hatten 28, von 181 Frauen 10 deutlich fühlbare Geschwülste im Ohrknorpel, demnach bei Ersteren 10 pCt., bei Letzteren 5,5 pCt.; von den 28 Männern waren 21 über 60 Jahre, von den Frauen 6.

— Von diesen 38 waren 17 geisteskrank, was der Zahl der Irren unter allen Insassen entspricht Davon an beiden Ohren 7, am rechten 12, am linken 19 Mal. Bei 90 Zöglingen der Strafschule für Kinder von 8—15 Jahren fand er keinen Tumor. In der Irrenanstalt Friedrichsberg entstanden die 3 Othämatome bei Individuen, an denen vorgängig Geschwülste am Ohr aufgefunden worden waren und zwar stets an der Seite, an der der Tumor bemerkt worden war. Der eine litt an *Dem. paral.*, der 2. an durch chron. Alcohol. entstandene *Dem.*, der 3. an primärer *Dem.* Die beiden Ersten rieben gewohnheitsmässig mit dem Kopfe an den Wänden, der Letzte hatte von einem anderen Kranken eine Ohrfeige bekommen. Der Letzte starb 9 Tage nachher und zeigte einen theils mit dunklem Blutgerinnsel, theils mit noch flüssigem Blute und einzelnen Knorpelstücken gefüllten Sack, der von Perichondrium gebildet war, den Knorpel zertrümmert und in ihm ein erbsengrosses Enchondrom mit starker Gefässbildung.

(Berl. klin. Wochenschr. 1865. 47. S. 466.)

Der Augenspiegel. — Nach *Bouchut* kann die Paralyse des *M. rect. ext.*, als solche durch *Strab. int.* und Doppeltsehen charakterisirt, in manchen Fällen das erste Symptom eines Gehirnleidens sein. In solchen Fällen sei eine seröse Infiltration der *Pupilla*, Congestion derselben, Erweiterung in den Netzhautnerven und Hämorrhagieen in der Netzhaut da, obwohl das Sehvermögen intact erscheint, Veränderungen, welche mit Sicherheit auf das Vorhandensein einer Gehirnkrankheit deuten Die mitgetheilten 4 Fälle betreffen Kinder: bei dem einen war die Lähmung des äusseren Augenmuskels Symptom einer Bleivergiftung, bei dem anderen deuteten Erbrechen, unfreiwillige Bewegung der Glieder und Schwäche der Intelligenz auf eine centrale Ursache hin, die 2 anderen hatten einen plötzlichen convulsiven Anfall mit folgender Muskelparalyse gehabt. In Nr. 1. Besserung, in Nr. 2. Tod, in 3. und 4. ohne Heilung. Trotzdem, dass sie nicht über Sehstörungen klagten, war doch an beiden Augen das Oedem der *Pupilla*, bezüglich die Congestion in den Netzhautnerven.

(*Bouchut*, Ueber die Diagnose der symptomatischen und essentiellen Paralyse mit Hülfe des Augenspiegels. L'Union 1866. 78. — *Schmidt's* Jahrb. 1866. Nr. 10. S. 30.)

Ueber den Temperatursinn — hat *Nothnagel* nach einer neuen Methode Untersuchungen angestellt, wonach die pathol. Veränderungen meist in Abstumpfung oder totaler Aufhebung bestehen. Meist leiden gleichzeitig alle anderen Qualitäten der Empfindung in

gleicher Richtung und Stärke. Dies gilt im Allgemeinen von allen Leiden des Hirns, Rückenmarks und der Nervenstämme, reellen sogen. Neurosen, sobald sie überhaupt Sensibilitätslähmung bedingen; vielleicht macht die graue Degeneration der Hinterstränge eine Ausnahme. Die Steigerung des Temperatursinnes ist bald scheinbar, bald wirklich. Erstere besteht in einem aussergewöhnlich starken Eindrucke warmer und kalter Gegenstände und braucht durchaus nicht mit grösserer Unterscheidungsfähigkeit verschiedener Temperaturgrade verbunden zu sein. Eine wirkliche Verfeinerung ist selten, ebenso eine isolirte Lähmung des Temperatursinnes.

(Beitr. z. Physiol. und Pathol. des Temperatursinnes. Deutsch. Arch. f. klin. Med. II. 3. S. 284. 1866 — *Schmidt's* Jahrb. 1866. Nr. 10. S. 49.)

Histologische Veränderungen in den Geweben nach der Nervendurchschneidung — nahm *Mantegazza* an Kaninchen und Hunden folgende wahr: 1. Die Spinalnerven sind vasomotorisch; ihre Durchschneidung veranlasst die sogenannte *Hyperaemia neuroparalytica* *Schiff's*. 2. Wo der Einfluss der Spinalnerven fehlt oder gering ist, tritt Tendenz zur Eiterbildung auf, auch in den tiefer gelegenen Theilen, wo nur Nutritionsstörung obwalten kann. 3. Bei operirten Kaninchen muss sich ein dem Regressivprocesse entstammendes Element bilden, das ins Blut aufgenommen wird und Anämie zur Folge hat. 4. Nach Durchschneidung stellt sich eine sehr lebhafte Wucherung des Bindegewebes ein und zwar selbstständig für sich. Das Periost wird auch hypertrophisch. 5. Die Muskelsubstanz wird atrophisch, der Durchmesser der Muskelfasern wird kleiner, weil die Kerne des *Sarcolemma* auf das kräftigste wuchern. 6. Constant ist die Hypertrophie der Lymphdrüsen und damit complicirt sich fibröse Degeneration. 7. In den Theilen, die mit äusseren Gegenständen in Contact kommen, entwickelt sich wohl Caries oder Nekrose der Knochen, oder Absterben der Gewebe. 8. Die Knochen des operirten Gliedes verlieren stets entschieden an Gewicht, verbunden mit Hypertrophie der *Subst. spongiosa*. Man kann die histologischen Veränderungen jener Gewebe, die dem Nerveneinflusse entrückt sind, in den Satz zusammenfassen, dass in ihnen eine ausgesprochene Vulnerabilität gegen äussere Momente besteht, gleichwie die Tendenz, die verschiedenen Gewebe durch das einfachere Bindegewebe zu ersetzen.

(Gazz. Lomb. 33. 1865. — *Schmidt's* Jahrb. 1866. Nr. 6. S. 275.)

Aus Illenau. — Der freundlichen Aufforderung des Herausge-

bers, eine Schilderung der 40jährigen Jubiläumsfeier ihres geliebten Directors einzusenden, möchten die Illenauer Collegen gerne und dankbar nachkommen. Allein die Pietät für den bestimmt ausgesprochenen Wunsch des verehrten Jubilars beschränkte alle äussere Festlichkeit in Illenau auf stille Zeichen der Liebe und Dankbarkeit. Zu diesem stillen Ausdrucke hatten die Illenauer Collegen ein Album mit den photographischen Bildern von Irrenärzten zu überreichen beschlossen und zur Theilnahme die psychiatrischen Freunde und Verehrer *Roller's* geladen. Freudig bewegt und tief gerührt empfingen wir die lieben Photographieen von Jung und Alt, aus Nah und Fern, sämmtlich begleitet von Briefen voll Liebe und herzlichen Wünschen. In unserem gewöhnlichen Donnerstags-Kränzchen ward am 3. Januar, dem Vorabende des Festtages, das mit Illenau's Bild und dem Wahlspruche: „Es ist gut, dem Herrn vertrauen" gezierte Album reichen Inhaltes stillschweigend überreicht und aufgeblättert. Möge die freudige Ueberraschung *Roller's* und der Jubel der Illenauer darüber den fernen geehrten Freunden als unser innigster Dank gelten! Der Jubiläumstag selbst ward in Illenau ganz still begangen, aber durch wiederholte Besichtigung des Albums mit theilnehmenden Freunden erheitert. Freundlich unterbrochen ward die Stille durch liebe, freundliche Telegramme aus Helsingfors, Petersburg und anderen Orten, einen ehrenvollen Glückwunsch der Freiburger medicinischen Facultät und des badischen staatsärztlichen Vereines. Auch die fortdauernde huldvolle Theilnahme unseres hohen Fürstenpaares für *Roller* und Illenau sprach sich in einem eben so herzlichen als gnädigen Telegramme aus.

Nekrolog. — Am 31. December 1866 starb zu Zürich Dr. *Bernhard Breslau,* Director der Gebäranstalt und Prof. der Gynäkologie, dessen Tod wegen seiner Beziehung zur dortigen Irrenanstalt auch in dieser Zeitschrift erwähnt zu werden verdient. 1828 den 8. Mai in München geboren, wo sein Vater Leibarzt des Königs Ludwig I. und Professor war, studirte er in München, Göttingen und Paris und wurde 1858 auf den geburtshilflichen Lehrstuhl zu Zürich berufen, wo er in der kurzen Zeit von 8 Jahren schöpferisch und segensreich gewirkt hat (medicin. Statistik; gynäkologische Polyklinik; Privat Krankenanstalt; Kinderkrankheiten; populäre Belehrung über die Sterblichkeit des Neugeborenen, durch Pfarrer und Hebammen ausgetheilt). Ein wohleingerichtetes Kinderspital erschien ihm als ein unabweisliches Zeitbedürfniss, und darum trat er für dasselbe wie für den Neubau der Gebäranstalt mit der ganzen Entschiedenheit seines Wesens in die Schranken. Das Gleiche geschah mit Rücksicht

auf Errichtung einer neuen Irrenanstalt, nachdem er vorher mit schonungsloser Schärfe die Uebelstände der alten Irrenanstalt aufgedeckt hatte. Trotz des Widerspruchs und der Kämpfe, die er bei diesen Vorschlägen zu überwinden hatte, wurde ihm das Glück zu Theil, die Ausführung seiner Lieblingsideen vor seinem Tode gesichert zu sehen. In herrlicher Lage, in der Nähe der Stadt, über dem lieblichen See erhebt sich die palastähnliche neue Irrenanstalt und geht rasch ihrer Vollendung entgegen. Für die neue Gebäranstalt, verbunden mit einem Kinderspital, sind Plan und Fonds bewilligt. — Um die Mitte des Octobers zog er sich bei einer Untersuchung am Zeigefinger der rechten Hand eine Infection zu, wonach ein Karbunkel entstand, der zwar wieder heilte, ohne dass aber die Gefahr beseitigt war. Am 24. Dcbr. warfen ihn Schmerzen in der Lebergegend und rechten Brusthälfte aufs Bett und vor Ablauf von 8 Tagen erlag er der Brustfell- und Lungenentzündung und den Leberabscessen. (Wiener Wochenschr. 1867. Nr. 9.)

Preisaufgaben:

der Société méd.-psych.

Als „Preis *Aubanel*" (800 Frcs.). „Des accidents convulsifs dans la paralysie générale". Adressen vor dem 31. Oct. 1868 an Dr. *Loiseau* in Paris, rue Vieille du Temple No. 26.

der Acad. de méd. de Belgique:

Recherches quelles sont les fonctions dévolues aux diverses parties du l'encéphale, en prenant pour base de ses investigations des expériences sur les animaux vivants, des observations cliniques et nécroscopiques ainsi que les données fournies par l'histologie et l'anatomie comparée. Preis: 1,500 Frcs. Schluss 1. April 1868. Einzureichen der „Acad. de méd." zu Brüssel, place du Musée No. 1.

der Acad. impér. de méd. de Paris:

Prix *Lefèvre* (1,500 Frcs.) für 1869: De la mélancolie, considérée dans ses rapports avec la médecine légale.

Prix *Civrieux* (1,000 Frcs.) für 1867: De la démence.

Prix *Portal* (600 Frcs.) für 1868: Des tumeurs de l'encéphale et de leurs symptômes.

Prix *Civrieux* (800 Frcs.) für 1668: Des phénomènes psychologiques avant, pendant et après l'anesthésie provoquée.

Amtlicher Erlass[*]).

Wir haben wiederholt in Erfahrung gebracht, dass die Bestimmungen unserer Amtsblatts-Bekanntmachungen vom 6. Mai 1839 und 29. März 1854, die Aufnahme von Geistes- und Gemüths-Kranken in Irren-Anstalten betreffend, nicht überall so, wie es erforderlich ist, beobachtet werden; wir bringen daher in Erinnerung, dass 1) die Aufnahme eines angeblich Geistes- oder Gemüths-Kranken, sei es ein heilbarer oder unheilbarer, nie auf blosse Privatrequisition, selbst nicht der Eltern oder eines Ehegatten, sondern nur auf Ansuchen des Gerichts oder der Ortspolizei-Behörde erfolgen darf und zwar auf Grund eines vorgelegten Attestes eines Physikus oder eines anderen zuverlässigen Arztes, welches den geisteskranken Zustand des betreffenden Individui und, falls es sich um die Aufnahme in eine Irrenpflege-Anstalt handelt, die Unheilbarkeit desselben bescheinigt; dass 2) unmittelbar nach der Aufnahme von dem Inhaber oder Vorsteher der Irren-Anstalt derjenigen Gerichtsbehörde, vor welcher der betreffende Kranke seinen persönlichen Gerichtsstand vor der erfolgten Aufnahme hatte, behufs etwaiger Einleitung des Interdictions-Verfahrens Anzeige zu machen ist und zwar mit dem Ersuchen, über die erfolgte Anzeige eine Empfangsbescheinigung ertheilen zu wollen. Diese Anzeigen sind, wenn der Kranke innerhalb eines Bezirkes wohnt, wo die rheinische Gesetzgebung gilt, an den betreffenden Ober-Procurator zu richten, bei Ausländern, beziehentlich deren die zuständige Gerichtsbehörde unbekannt ist, an die betreffende auswärtige Regierung oder auch an uns, damit durch Vermittelung des Königl. Ministeriums der auswärtigen Angelegenheiten die Zustellung der Anzeigen an die competente Gerichtsbehörde bewirkt werden kann.

Behufs Erleichterung des Nachweises, dass die Vorsteher oder Unternehmer von Irren-Anstalten den vorstehenden Bestimmungen nachgekommen sind, haben dieselben ein besonderes Journal zu führen, welches in besonderen Colonnen ergiebt: 1. Die laufende Nummer. 2. Datum der Aufnahme. 3. Den Vor- und Zunamen des Kranken. 4. Stand, Alter und Wohnort desselben. 5. Namen und

*) Dieser Erlass — Nothwendigkeit der Mitwirkung des Gerichts oder der Polizeibehörde zur Aufnahme in eine Anstalt ohne Unterscheidung — schliesst die Benutzbarkeit des Irrenkrankenhauses für manche heilbare Kranke gegenwärtig aus. Ein Theil derselben geht daran zu Grunde. Dr. *L.*

Wohnort des Arztes, welcher die Geisteskrankheit bescheinigt hat. 6. Namen der Gerichts- oder Polizeibehörde, auf deren Ansuchen die Aufnahme erfolgt ist. 7. Bezeichnung der Behörde, welcher über die Aufnahme Anzeige gemacht worden ist. 8. Dat. dieser Anzeige. 9. Dat. der Empfangsbesch. über dieselben. 10. Dat. des Abganges des Krank. aus der Anstalt. 11. Besondere Bemerkungen.

Die Schriftstücke, welche als Beläge für die Richtigkeit der Eintragung dienen, sind zusammenzuheften, mit Nummern, welche mit denen des Journals übereinstimmen, zu versehen und auch nach dem Abgange des Kranken aufzubewahren, weil nicht selten auch dann noch über das bei der Aufnahme stattgefundene Verfahren Auskunft gegeben werden muss.

Journal und Beläge sind den Ortspolizei-Behörden, wo die Anstalt liegt, bei den von ihnen vorzunehmenden periodischen Revisionen auf Verlangen vorzulegen.

Wir erwarten, dass hiernach für die Folge auf das Genaueste verfahren wird, indem andernfalls gegen die Vorsteher öffentlicher Irren-Anstalten auf dem Disciplinarwege eingeschritten werden, den Unternehmern von Privat-Irren-Heil- und Pflege-Anstalten dagegen nach Umständen die Concession entzogen werden würde.

Auch die Vorsteher und Mitglieder geistlicher Corporationen oder Orden, welche sich damit befassen, Geistes- oder Gemüths-Kranke bei sich aufzunehmen, haben sich vorstehende Bestimmungen zur Richtschnur dienen zu lassen.

Cöln, den 17. Januar 1867.

Königliche Regierung.

Danksagung und Bitte.

Die freundliche Absicht meiner lieben Mitarbeiter, mir zur Feier meiner 40jährigen Dienstzeit durch ein Album mit Photographieen psychiatrischer Collegen aus allen Ländern Europa's Freude zu bereiten, ist in einer Weise in Erfüllung gegangen, welche wohl ihre eigene Erwartung übertroffen hat. Durch die herzlichen und für mich so ehrenvollen Begleitschreiben der Einsender ist der Werth dieser reichhaltigen, interessanten Sammlung noch erhöht worden. Ich erkenne in ihr den sichtbaren Ausdruck jener Gemeinschaft, welche für mich und mein Wirken zum unveräusserlichen Bedürfniss geworden ist. Zugleich aber gewährt sie mir eine Labung, wie sie am Abend, wenn der Tag heiss gewesen, der Wanderer sich wünschen mag.

Es war eine glückliche Fügung, dass die, welche in den 20r und 30r Jahren dieses Jahrhunderts zur Reform des Irrenwesens mitwirken durften, nicht nur durch ihren Beruf, sondern auch durch die Bande der Freundschaft unter sich verbunden waren. Mancher schon ist heimgegangen, doch die, welche leben, bewahren dieser Zeit eine, ich möchte sagen, geheiligte Erinnerung. Freundlich aber und wohlthuend sind mir auch die Beziehungen zu den jüngeren Collegen, nicht nur zu denen in meiner unmittelbaren Nähe. Wie sollte es nicht hohe Befriedigung gewähren, mich mit den Männern, welchen die Weiterführung unseres schönen Berufes anvertraut ist, verbunden zu wissen!

Freundlishe Wünsche kamen mir von vielen Seiten am Festtag (4. Januar) zu, die beiden ersten aus weiter Ferne von werthen Collegen aus Helsingfors und St. Petersburg.

Diesen und Allen, Allen, welche meiner in dieser Zeit so gütig gedacht haben, namentlich auch denen, welche ausser ihrer eigenen noch andere, ältere Photographieen beizubringen bemüht waren, sage ich auf diesem Weg, da ich doch nicht jedem Einzelnen nahen kann, aus tiefstem Herzensgrund innigen Dank und wünsche, dass sie auf ihrem Lebenswege ebenso viele Liebe erfahren mögen, als mir zu Theil geworden ist.

Zugleich sei mir gestattet, die verehrten Fachgenossen, Bekannte und Unbekannte, Deutsche und Nichtdeutsche, deren Photographieen mir noch fehlen, um Einsendung derselben zu bitten, damit die Sammlung, wie sie wohl schon jetzt in ähnlicher Weise schwerlich existirt, vollständig werde.

Illenau in Baden, 25. Februar 1867. *Roller.*

Zur Nachricht.

Unter Hinweisung auf den in der gelegentlichen psychiatrischen Zusammenkunft zu Berlin, October 1866, gestellten Antrag auf Befürwortung einer Berufung der nächsten Versammlung des Vereins deutscher Psychiater auf die Pfingstwoche 1867 und nach Weimar (vergl. XXIII. Band dieser Ztschr. Hft. 5. S. 598 u. folg.) bringt mit Gegenwärtigem der Vorstand des Vereins zur Kenntniss der Mitglieder: dass derselbe nach reiflicher Erwägung aller in Betracht kommenden Umstände sich nicht hat bewogen finden können, zur Zeit von der Bestimmung der Statuten abzuweichen, nach welchen die Versamm-

lungen des Vereins deutscher Irrenärzte sich in der Regel der Zeit und dem Orte nach an die Versammlungen der deutschen Naturforscher und Aerzte anzuschliessen haben, und dass demnach seiner Zeit von dem Orte und dem Tage der diesjährigen Zusammenkunft des Vereins in dieser Zeitschrift Nachricht gegeben werden und die Einladung zu derselben erfolgen soll.

Der Vorstand des Vereins deutscher Psychiater.

Im Auftrage:

Dr. *Laehr.*

Personal-Nachrichten.

Dem Director der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg, Dr. *Koster*, ist der Charakter als Sanitätsrath,

dem Amtsgerichtsarzt Dr. *Gutsch* als Medicinalrath,

dem Geheimen Rath Dr. *Carl Hergt* in Illenau das Ehrenkreuz 3ter Klasse vom Hohenzollern'schen Hausorden,

dem Director der Provinzial - Irrenanstalt zu Schwetz, Dr. *Brückner*,

dem Director der Provinzial-Irrenanstalt zu Bunzlau, Dr. *Keller*,

dem Sanitätsrath Dr. *Delbrück* zu Halle und

dem Reg.-Med. - Rath Dr. *Schwartz* in Sigmaringen der rothe Adlerorden 4ter Klasse, und

dem Dr. *Zillner*, Primar-Arzt an der Irrenanstalt in Salzburg, der Verdienstorden mit der Krone verliehen worden.

Dr. *Gordes* ist als Assistent in Marsberg angestellt.

Med.-Rath Dr. *Gedike* in Berlin, Veteran aus den Freiheitskriegen, ist nach langjährigen psychischen Leiden im 70. Lebensjahr an Lungenentzündung,

Dr. *Casimir Pinel*, Director des Privat-Asyles im Schloss St. James, am 6. December 1866,

Dr. *M. Burnett*, Director des Privat-Asyles zu Alton Hants am 25. October 1866, 59 Jahre alt, beide nach langen Leiden gestorben.

Für die Privat-Anstalt zu Ahrensberg (Herzogth. Holstein) wird ein Arzt gesucht.

Eine ärztlich sehr empfohlene Oberwärterin sucht Stellung.

Druckfehler.

Bd. XXIII. S. 710. Z. 6 v. o. lies Brünn statt Zürch.

Inhalt.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin.

Ueber Selbstmord von Geisteskranken in der Heilanstalt Sachsenberg.

Von Medicinal - Rath Dr. **Löwenhardt**
in Sachsenberg.

In der Heilanstalt Sachsenberg haben sich, seit ihrer Eröffnung vor 37 Jahren,

22 Kranke (13 M., 9 W.)

das Leben genommen. Behandelt sind in dieser Zeit, von 1830 bis Ende 1866, nach Abzug der Recidive,

1,892 Kranke (999 M., 893 W.),

und überhaupt gestorben

447 Kranke (283 M., 164 W.).

Es sind hiernach beinahe 5 Procent aller Todesfälle dem Selbstmorde zuzuschreiben*).

Dies Verhältniss ist sehr ungünstig. In der Irrenanstalt bei Halle starben während der Jahre 1844 bis 1864 überhaupt 604 Personen, davon 10 durch Selbstmord, und in Illenau von 1842 bis 1862, bei 547 Todesfällen, 16 durch Selbstmord. Es waren also in Halle

---

*) In der Pflegeanstalt zu Dömitz, wohin fast nur Patienten aus der Heilanstalt kommen, starben seit der Gründung im Jahre 1850 — 99 Kranke (61 M., 48 W.). Selbstmorde kamen nicht vor. Mit Hinzunahme dieser Todesfälle stellt sich das Verhältniss der Selbstmorde zu allen Sterbefällen wie 4 : 100.

nur 1,7 und in Illenau etwa 3 Procent der Sterbefälle durch Selbstmord bedingt. In Würzburg waren freilich in 26 Jahren, unter 78 überhaupt Gestorbenen, 5 Selbstmörder, also über 6 Procent, aber dies war in der Zeit von 1798 bis 1824 *). Auf die einzelnen Jahre vertheilen sich die Selbsttödtungen in folgender Weise:

Jahr.	Krankenzahl am 1. Januar.	Zahl der überhaupt verpflegten Kranken.	Im Ganzen Todesfälle.	Selbstmordfälle.
1830	100	111	5	0
1835	138	174	9	0
1840	166	209	6	0
1842	182	239	16	1
1844	207	243	10	2
1845	196	250	14	1
1849	257	315	11	1
1850	265	328	28	2
1851	196	272	13	1
1853	198	265	15	2
1855	200	266	12	1
1857	208	277	15	1
1858	208	273	14	1
1860	215	279	18	1
1861	208	280	12	2
1862	229	286	11	1
1863	229	306	9	2
1865	252	357	17	2
1866	252	346	24	1

Von den 22 Selbstmordfällen kamen 15 auf die Monate April bis September; 7 auf October bis März.

In den Morgen- und Vormittagsstunden töd-

*) Dr. *Oegg*, Die Behandlung der Irren in dem Königl. Juliushospitale zu Würzburg. Sulzbach, 1829. S. 248.

teten sich 9, in den Nachmittagsstunden 8, während der Nacht 5 Kranke.

Die Todesart war: Erhängen 10 Mal, Ertränken 8 Mal. Ein Patient sprang zum Fenster hinaus, ein Anderer tödtete sich durch Sturz von einem Baum, ein Dritter durch einen Schnitt in den Hals, ein Vierter liess sich vom Eisenbahnzuge überfahren.

Es standen im Alter von 20—30 Jahren 5 Kranke,
- - - - - 30—40 - 9 -
- - - - - 40—50 - 5 -
- - - - - 50—60 - 1 Kranker,
- - - - - 60—70 - 2 Kranke.

Verheirathet waren 12, geschieden 1, unverheirathet 9 Kranke.

Die Dauer der Geistesstörung bis zum Tode betrug in 3 Fällen weniger als 6 Monate, in 8 Fällen 6 bis 12 Monate und in 11 mehr als ein Jahr.

Von der Mehrzahl, 14, wurde der Selbstmord in den ersten 6 Monaten nach der Aufnahme ausgeführt, und 10 von diesen tödteten sich im ersten Vierteljahre.

Erbliche Anlage zu Geisteskrankheiten war nachweisbar in 10, nicht vorhanden in 10, nicht zu ermitteln in 2 Fällen.

An primärer Melancholie litten 14 Kranke, an Melancholie nach voraufgegangener Manie 2, an Wahnsinn, Verfolgungswahn 3, an secundärem Blödsinn 2, an Epilepsie mit Schwachsinn und Aufregung 1.

In 19 Fällen waren Selbstmordversuche oder Aeusserungen von Lebensüberdruss der That vorangegangen, nur in 3 Fällen kam der Selbstmord für die Umgebung ganz unerwartet.

Hallucinationen des Gehörs sind in 7 Fällen nachzuweisen, in mehreren anderen zu vermuthen. In einem Falle (Nr. 18) scheinen sie direct die That veranlasst zu haben. Dieser Fall ist auch der einzige, in

welchem durch **schriftliche** Aeusserung auf die That, oder vielmehr auf die Gehörstäuschungen hingewiesen wurde, welche den Selbstmord forderten.

Während der ersten zwölf Jahre des Bestehens der Heilanstalt ist kein Selbstmord vorgekommen. Weder mein verehrter Vorgänger, Herr Geheime Medicinal-Rath *Flemming*, noch ich konnten einen sicheren Grund hierfür auffinden, doch sieht man aus der oben gegebenen Tabelle sofort, dass erst nach jener Zeit die Ueberfüllung der Anstalt, welche bequem 150, höchstens 200 Kranke aufnehmen dürfte, eingetreten ist.

In dieser Ueberfüllung, welche kleinere Krankenabtheilungen mit genauer Beaufsichtigung des Einzelnen nicht mehr gestattete, welche gebieterisch forderte, dass alle die nächtliche Ruhe auch nur wenig störende Patienten in der einen grossen Zellenabtheilung untergebracht werden mussten, so dass dort zugleich unruhige Melancholische, Tobsüchtige, Unreinliche und tief Blödsinnige zusammen waren und noch jetzt sind, ist mit Bestimmtheit Einer der Gründe zu suchen, welche den Selbstmord hier so häufig erscheinen lassen, weil die Gelegenheit dazu bei der ungemein erschwerten Aufsicht sich weit leichter darbietet. Abtheilungen von 50 bis 60 Kranken können auch beim besten Willen nicht mehr übersehen werden, und der Einzelne, welcher einer besonderen Aufsicht bedürftig ist, soll nicht unter der Menge versteckt werden.

Wie die Ueberfüllung der Anstalt, so ist auch die Nähe des tiefen Sees, dessen Ufer sogleich steil in die Tiefe geht, auf die Zahl der Selbstmorde von Einfluss gewesen. Allerdings ist durch die Ueberfüllung wie durch den nahen See nur die Ausführung der Selbstmordideen erleichtert, und mit Bestimmtheit möchte ich annehmen, dass Melancholie mit Selbstmordneigung **hier** viel häufiger, dagegen heftige, genuine Tobsucht seltener

sei, als in den Anstalten des mittleren und südlichen Deutschlands. Oft vergeht längere Zeit, ohne dass ein Fall von frischer Tobsucht aufgenommen wird, während stets eine grosse Menge von Melancholischen und fast immer gleichzeitig 4 bis 6 Kranke mit Selbstmordneigung vorhanden sind.

Es liegt die Frage nahe, ob nicht durch bessere Aufsicht der Selbstmord im einen und anderen Falle zu verhüten war, und ich glaube, dass sie bejaht werden muss. In einzelnen Fällen, z. B. 5 und 15, fehlte es an der bestimmten ärztlichen Anordnung, dass stets ein Wärter bei dem Kranken sein, ihn gar nicht verlassen sollte; wenn nicht für lange Zeit, wäre dies für die ersten Tage recht wohl ausführbar gewesen. In anderen Fällen, z. B. 1, 4, 7, 8, 9, war eine grössere oder geringere Nachlässigkeit des Wartpersonals vorhanden; wieder in anderen möchte mit Recht bezweifelt werden, ob Isolirung und Zwangsmittel zweckmässig waren. Neben der für den einzelnen Fall passenden medicinischen Behandlung sind fortdauernde Ueberwachung, in besonders schlimmen Fällen mit zweistündigem Wechsel der Wärter, und möglichst geringe Beschränkung sicher am meisten zu empfehlen, dagegen Isolirung, zumal während der Nacht oder bei gleichzeitiger Benutzung der Zwangsjacke, durchaus zu verwerfen. Dass auch bei sorgsamer Ueberwachung und willigem Wartpersonal nicht alle Selbsttödtungen verhütet werden können, bedarf nicht der Erwähnung, wie denn auch in den sub NNr. 10, 16, 20 etc. erzählten Fällen keine Schuld der Umgebung anzunehmen ist.

In Betreff der wiederholt als specifisch gegen „unruhige Melancholie“ empfohlenen Mittel, wie Opium, *Cannabis indica*, prolongirte Bäder, kann ich nur sagen, dass ich sie nicht bewährt gefunden habe. Das Opium habe ich in sehr vielen Fällen, lange Zeit und conse-

quent nach den Vorschriften, selbst bis gr. xii und gr. xiv zweimal täglich, einnehmen lassen. Was man fast stets bemerkt, ist, dass die Kranken es merkwürdig gut vertragen, Erbrechen oder Narcose äusserst selten vorkommen. Ebenso wenig aber sah ich bei seiner Anwendung schnelleren oder günstigeren Verlauf der Melancholieen, als bei expectativer Behandlung. Vorübergehend, aber nur auf eine oder höchstens zwei Nächte, haben Opium und Bromkalium Ruhe geschafft. Am wirksamsten von den Opiumpräparaten war *Extr. Opii aquosum.* Bromkalium wurde zu gr. x bis xx gegeben und half mitunter für eine Nacht, wenn Opium nicht gewirkt hatte. Eben so kurze Zeit beruhigte auch die kalte Regendouche, welche von vielen Patienten gern genommen, selbst erbeten wurde, besonders wenn man sie einfach aus einer Giesskanne, ohne dass der Kranke sich auszuziehen brauchte, über den Kopf gab. Auch die, wenn ich nicht irre, von England aus empfohlenen, grossen Senfumschläge halfen wohl für eine oder einige Nächte gegen Schlaflosigkeit, aber nicht andauernd. Hierzu wird ein grosses Handtuch in ein starkes Senfinfus, aus einem Pfunde Senfmehl auf zwei Pfunde Wasser, getaucht und etwas ausgerungen, um Brust und Leib des Kranken gelegt. Meist blieb es stundenlang liegen, bewirkte starke Röthung, aber niemals weitergehende Hautentzündung. Auch bei maniakalischen Kranken hat es mitunter kurzen Erfolg, erniedrigt auch wohl Puls und Temperatur. Die subcutanen Morphium-Injectionen, bei Präcordialangst benutzt, halfen nur in wenigen Fällen und vorübergehend.

Aus den Krankheitsgeschichten heben wir hervor: Nr. 1. Der 27jährige Patient litt 4 Jahre hindurch an heftigen Kopfschmerzen, war im letzten Jahre geisteskrank, und die Section ergab ungemein starke Entwickelung Pacchion. Granulationen und knorpelartige

Bindegewebsmassen in der *Arachnoidea*. Aehnlich in Nr. 12: Die 34jährige Frau klagte seit Jahren „über den Kopf“, war dann längere Zeit melancholisch, und in den weichen Meningen wurden viele und grosse Pacchion. Granulationen gefunden, welche den *Sin. longit.* durchbohrt und, wie im ersten Falle, sich tief in den Schädel eingedrückt hatten. Dagegen berichtet der Fall Nr. 2, wo auch starke Pacchion. Granulationen und Bindegewebswucherung vorkamen, nicht von Kopfschmerzen, doch ist vielleicht zu erwähnen, dass die gastrischen Symptome — veranlasst durch das vor Ausbruch der Geistesstörung geheilte Magengeschwür — besonders hervortraten und andere Beschwerden unwichtig erscheinen liessen.

Im letzterwähnten Falle, ebenso in Nr. 15 und Nr. 22, fand sich fettige und atheromatöse Entartung der kleinsten Gehirnarterien und Capillaren; ob die in Nr. 22 erwähnten, „auf der Schnittfläche hervorstehenden“ Gefässchen etwa verkreidet und undurchgängig waren, wird im Sectionsbefunde nicht gesagt.

Das besonders deutliche Hervortreten der einzelnen Schichten der Corticalsubstanz wurde in 7 Fällen bemerkt; in anderen, wo das Gehirn ebenfalls blutreich erschien, ist es nicht erwähnt; in einem solchen Falle, Nr. 20, wird speciell angeführt, dass die graue Substanz undeutlich geschichtet erschien. Der grössere oder geringere Wassergehalt der Rinde scheint hierfür maassgebend. Pathologische Veränderungen des Gehirns und seiner Häute fanden sich überhaupt in 10 von 17 Sectionen; in 4 anderen, frischen Fällen wird das Gehirn nur blutreich genannt, in 3 ist nichts Abnormes gefunden. In drei von den übrigen 5 Fällen wurde die Section nicht gemacht, in einem Falle war der Schädel ganz zerschmettert und im letzten das Gehirn schon durch Fäulniss zerfliessend. Erwähnungswerth möchte aus dem Falle Nr. 5 die Verwachsung der *Thalami optici* bei

einem Epileptischen sein, dessen Krankheit auf hereditärer Anlage beruhte.

Hypertrophie des Herzens kam in 4 Fällen vor, also verhältnissmässig häufig gegenüber den sonstigen Angaben über Herzfehler bei Geisteskranken.

Die abnorme Lage des *Colon transversum* ist zweimal beobachtet, seltener als nach anderen Beobachtungen bei Selbstmördern. Ausgebreitete chronische Darmhyperämie fand sich in 4 Fällen; chronische Entzündung des *Duodenum* und des *Rectum* schien in einem Falle (Nr. 22) von wesentlichem Einflusse auf die Art der Wahnideen.

Krankheitsgeschichten.

1. *A. P.*, Candidat der Theologie, 27 Jahre, unverheirathet. Keine erbliche Anlage. Schon im 18. Jahre machte *P.* einen Selbstmordversuch in Folge unglücklicher Liebe, lebte dann als Student sehr flott, war heftig und empfindlich. Seit 4 Jahren litt er sehr häufig an starken Kopfschmerzen, welche ihm ernstes Arbeiten unmöglich machten. Vor 3 Jahren, als Vicar bei einem Geistlichen, lebte er sehr eingezogen; später, in einer ähnlichen Stelle, zeigte er sich stolz und anmaassend. Nachdem er vor 13 Monaten von einer Dame zurückgewiesen war, trat fast sogleich Trübsinn und Menschenscheu ein, er wurde misstrauisch, befürchtete Uebelwollen und selbst Complotte seiner Umgebung. Im letzten Winter besonders anhaltende und heftige Kopfschmerzen, hartnäckige Verstopfung. Er blieb dabei fortwährend im Amte, bis er im Mai 18 . . plötzlich von grosser Angst befallen wurde, welche ihn zu Selbstmordversuchen trieb. Zuerst schnitt er sich mit einem Rasirmesser in den linken Unterarm, dann sprang er aus dem Fenster des zweiten Stockwerks. Die Ulnararterie war durchschnitten, der Blutverlust bedeutend, an der Stirn eine grosse Lappenwunde, welche bis auf den Knochen drang. — Am Tage nach der Verletzung in die Anstalt gebracht, liess *P.* sich ruhig verbinden, sprach kein Wort, blieb während der Nacht, obgleich ganz schlaflos, fast ohne sich zu bewegen im Bette. Er lag im Zimmer für bettlägerige Kranke, in der zweiten Etage. Die Fenster sind hier vergittert, nicht so in einem kleinen Nebenzimmer. Für den Kranken wurde ein eigener Wärter bestimmt, welcher nur an seinem Bette bleiben, und durchaus nichts Anderes thun sollte. Trotzdem beschäftigte sich

der Wärter, welcher am ersten Morgen nach der Aufnahme bei *P.* wachen sollte, gegen 7 Uhr mit Reinigung des erwähnten Nebenzimmers, und öffnete hier das Fenster. An ihm vorbei stürzte sich der Kranke, mit dem Kopfe voran, aus dem Fenster und wurde unten, bewegungslos auf dem Rücken liegend, ohne neue äussere Verletzung gefunden.

Section 27. h. p. m. Ausgedehnte Blutergüsse zwischen den Rückenmuskeln. Die unteren Gelenkflächen des Atlas, dessen Verbindung mit dem Occiput unbeschädigt, berühren die oberen des *Epistropheus* nur zum kleinsten Theile; das *Tuberculum post.* des Atlas steht nach rechts von der Mitte. —

Auf der linken Stirn die vor der Aufnahme entstandene fast 3 Zoll lange Wunde. Das Periost ist getrennt, der Knochen unverletzt. —

Ungemein starke Bildung Pacchionischer Granulationen in den weichen Meningen längs der ganzen Mittellinie des Grosshirns. Die Granulationen haben die, übrigens normale, harte Hirnhaut vielfach durchbrochen und sich tief in den Schädel eingedrückt. In der *Arachnoidea* befinden sich ausserdem auf der Höhe jeder Hemisphäre mehrere flache, ein bis zwei Millimeter dicke, derbe, fast knorpelharte, weisse Massen fibrösen Bindegewebes von Groschen- bis Guldengrösse. — Das Gehirn blass, mässig ödematös, wiegt 55½ Unzen. Der rechte *Processus clinoid. ant.* des Keilbeins ist nadelförmig zugespitzt, wohl 3 Mm. länger als der linke.

In der *Arachnoid. med. spin.* viele kleine Knorpelplättchen. Das Rückenmark fest, die graue Substanz so hell, dass sie von der weissen wenig absticht.

Das Herz etwas fettig entartet (interstitielle Fettbildung), von normaler Grösse. — Die Leber gross, blassgelb, fettig.

Alles Uebrige normal.

2. *E. K.*, Oeconom, 30 Jahre, unverheirathet. Die Mutter ist sonderbar, ihr Bruder geisteskrank. Unser Patient wurde mit der Zange zur Welt gebracht, behielt davon einen unsymmetrischen Schädel, indem das rechte Schläfenbein sich eingedrückt, das Hinterhauptsbein „ausgebuchtet" zeigt. Er war stets schwächlich, wenig begabt, ohne Energie, litt seit dem 16. Jahre häufig an Magenschmerz und Erbrechen. Die Geisteskrankheit begann vor 3 Jahren mit Aufregung heiterer Art: „Er habe ein sehr grosses Vermögen, müsse seiner Braut (er war nicht verlobt) entgegenreisen." Bald wurde er ruhig und folgsam, genas aber nicht vollständig, konnte seinen Beruf nicht wieder ausüben. Vor einigen Wochen trat wieder stärkere Exaltation ein: „Er wolle grosse Güter

für seine Familie erworben.“ Bald Verfolgungs-Ideen: „Man werfe ihm Gift in's Essen.“ Nachdem er sich an seiner Mutter thätlich vergriffen hatte, kam er im Februar in die Anstalt. — Körperliche Störungen waren nicht nachweisbar, die früheren Magenbeschwerden seit Beginn der Geisteskrankheit völlig verschwunden. Der Kranke war fortdauernd, bald mehr, bald weniger melancholisch erregt, bald zeigte er Misstrauen gegen seine Umgebung, Furcht vor ihm drohenden Qualen, bald völlige Gedankenflucht, Hast und Unruhe in jeder Bewegung. Schon im Sommer äusserte er Selbstmord-Ideen, weigerte sich zu essen „weil er zu schlecht sei“, bat, dass man ihn tödten möge. Der Zustand blieb unverändert bis zum Frühlinge des nächsten Jahres. Am 13. Mai, Vormittags, stieg *K.* während des Spatzierganges auf einen Baum, und stürzte sich von demselben in Gegenwart der Kranken und Wärter hinab, wobei er sich so stark verletzte, dass er bald darauf starb.

Section. Das rechte Stirnbein zeigt einen Bruch, welcher sich durch die Decke der *Orbita*, das Keil- und Schläfenbein fortsetzt. Die *Dura mater* ist hier zerrissen und Gehirn in ziemlicher Menge ausgetreten. Schädelknochen dünn; über die Impression des Schläfenbeins etc. ergiebt der Sectionsbericht nichts. Ausgedehnter intermeningealer Bluterguss. Viele Pacchionische Granulationen; in und neben denselben einige groschengrosse, schwärzlich pigmentirte Stellen (alte Blutergüsse). In der *Arachnoidea* über der vordersten Spitze des rechten Vorderlappens ein dünnes, weisses, knorpelhartes Plättchen von Pfenniggrösse (Bindegewebe). Das Gehirn blass, ödematös; die Corticalsubstanz sehr hellfarbig, undeutlich geschichtet. Die kleinsten Arterien und Capillaren des Gehirns zeigen bei mikroskopischer Untersuchung weit verbreitete fettige Entartung. — Rückenmark normal; in der *Arachnoidea med. spin.* mehrere bis linsengrosse Knochenplättchen. —

In den beiden Lungen mässig viele, hellgraue Tuberkelknötchen. — Im Herzbeutel etwa ℥j klares, gelbes Serum. Herz schlaff, blass, wiegt 18 Loth. —

Im Unterleibe mehrere Pfund dunkles, flüssiges Blut. Der rechte Leberlappen ist geborsten, indem eine 8 Zoll lange, 2½ Zoll breite Spalte mit sehr zerfetzten Rändern sich von hinten, rechts und oben nach links und unten erstreckt, zuletzt in einen wenig klaffenden Riss verlaufend. Substanz der Leber blass, gerunzelt, fettig; in derselben, zumeist dicht unter der Kapsel, mehrere feste, hellgelbe, hanfkorngrosse Knötchen. In der Gallenblase wenig hellgrüne Galle. — Milz weich, blassroth, von normaler Grösse. Kapsel schlaff. —

Der Magen sehr weit; an seiner vorderen Wand, nahe dem *Pylorus*, eine sechsergrosse strahlige Narbe, in der sämmtliche Häute verschmolzen sind. Die Schleimhaut stark gewulstet, dick, blass. — Die *Peyer*'schen und solitären Follikel des Dünndarms sind geschwollen, enthalten gelbe Tuberkelknötchen. In der Nähe der *Valv. Bauhini*, wo die Schleimhaut durch solche Knötchen wie gesprenkelt erscheint, findet sich im *Ileum* ein grosses Gürtelgeschwür mit unterminirten, gewulsteten Rändern. — Nieren und Blase normal.

3. Fräulein *B.*, Pächterstochter, 23 Jahre. Eine Schwester war geisteskrank, nahm sich ebenfalls das Leben. Fräulein *B.* wurde vor 6 Monaten ohne nachweisbare Ursache melancholisch. Seit vier Wochen änderte sich ihr Zustand: sie wurde überaus heiter und bald vollkommen tobsüchtig. In die Anstalt kam sie Anfangs September; sie war äusserst lebhaft und vergnügt, lachte ohne jeden Anlass überlaut, lief aus einer Stube in die andere, entkleidete sich, „um sich zu putzen". Ihre Gesichtsfarbe war blühend, die Functionen der Brust- und Unterleibsorgane normal.

Bis zum Februar des nächsten Jahres blieb die maniacalische Aufregung: sie drohte oft, Alles zu zerschlagen, zerriss ihre Kleider, legte einmal Feuer in ihrem Zimmer an, „um sich durch den Rauch die Zahnschmerzen zu vertreiben". Im März wurde sie ruhig und ziemlich klar, beschäftigte sich gern, half auf ihren Wunsch in der Küche, äusserte sich zufrieden über ihren Aufenthalt in der Anstalt.

Am 11. April erschien sie zuerst etwas deprimirt, klagte über Herzklopfen, blieb aus der Küche zurück. Während der nächsten Tage war ihr Verhalten unverändert, und Lebensüberdruss und Selbstmordideen wurden weder von ihr geäussert, noch von den Aerzten geargwohnt.

Am 21. April sprach und untersuchte der Director sie Vormittags, ohne irgend etwas Auffallendes in ihrem Wesen zu bemerken. Kaum 2 Stunden nachher, als die Wärterin den Tisch zum Mittagsessen gedeckt und sich dann entfernt hatte, ohne der Vorschrift gemäss das Esszimmer vor den Kranken zu verschliessen, nahm Fräulein *B.* ein Messer vom Tische, ging damit auf den Abtritt und tödtete sich durch einen Schnitt in den Hals.

Die Wärterin wurde vom Gerichte zu sechstägiger Gefängnissstrafe verurtheilt.

Section. Die rechte *Carotis* und *Vena jugul. com.* nebst der *Trachea* sind durchschnitten, der *Oesophagus* angeschnitten. — Die *Dura mater* zeigt überall, auch auf der *Basis cranii*, eine so vollständige Blutanfüllung der kleinsten Gefässe, dass sie röthlich aus-

sieht. In den *Sin. transv.* etwas dunkles Blut. Die weichen Hirnhäute sind längs des *Sin. longitud.* mit der *Dura* verwachsen; die *Venae cerebrales* mässig gefüllt. Das Gehirn blass, die *Plexus chorioidei* sehr blutreich.

Die Lungen hellroth, anämisch; die rechte durch alte Adhäsionen mit der Brustwand fest verwachsen. Im Herzbeutel etwa ein Esslöffel röthliches Serum; Herz klein, der linke Ventrikel leer, im rechten wenige schwarze Blutgerinnsel.

Die Unterleibsorgane sämmtlich blutarm, übrigens normal, nur die Ovarien sind vergrössert, etwa wie eine Wallnuss, enthalten mehrere kleine Cysten. An der rehten Tuba, nahe dem *Ost. abdom.*, hängt an einem zolllangen Bindegewebsstrange eine bohnengrosse feste Cyste von blauschwarzer Farbe, mit dünnflüssigem fast schwarzem Blute gefüllt.

4. *L. O.*, Secretär, 28 Jahr, unverheirathet. Soll von einer geisteskranken Mutter zu früh geboren, stets schwächlich und schwerhörig gewesen sein. Seit vielen Jaren litt er an Kopfcongestionen, Hämorrhoidalbeschwerden, stinkenden Fussschweissen. Letztere traten etwa vor einem Jahre zurück, und bald darauf soll er menschenscheu und tiefsinnig geworden sein, so dass er zu Ostern seines Amtes entlassen wurde. Im Sommer machte er einen Selbstmordversuch, indem er sich mit einem Küchenmesser in den Hals schnitt. Am 16. November ward er in die Anstalt gebracht. Der Puls beschleunigt, Zunge weiss belegt, Verstopfung, schlechter Schlaf.

Patient ist in steter Angst und Unruhe, will nicht essen, bittet bald um den Tod, bald um seine Entlassung, „weil er arm sei und Geld verdienen müsse". Gleich am ersten Tage versuchte er vom Spaziergange fortzulaufen, um sich in den See zu stürzen. Seitdem ging er nur in dem umzäunten Garten spazieren.

Am 5. December bat er den Wärter wiederholt, ihn aus dem Fenster springen zu lassen. Nachmittags ging er mit einem Wärter in den Garten. Dieser verliess ihn, gegen bestimmten Befehl, um etwas heraus zu holen, und der Kranke benutzte die Zeit, um die Gartenmauer mit Hülfe eines von der Kegelbahn losgerissenen Brettes zu übersteigen. Er wurde sogleich vermisst, aber vergeblich gesucht. Gegen Abend fand ein Bahnwärter die furchtbar verstümmelte Leiche auf den Schienen der einige tausend Schritte von der Anstalt entfernten Eisenbahn.

Der Wärter, welcher den Kranken auf dem Hofe allein gelassen hatte, wurde gerichtlich mit 3 Tagen Gefängniss bestraft.

Section. Fast die Hälfte des Kopfes, nämlich der grösste Theil des linken Stirn- und Schläfenbeins, des Ober- und Unterkiefers

fehlt gänzlich, die vorhandenen Kopf- und Gesichtsknochen sind vielfach zersplittert, die Weichtheile zermalmt und zerrissen. In der Schädelhöhle finden sich nur die Reste der harten Hirnhaut. Auch am Halse, am linken Arm und Bein sind Knochen und Weichtheile grossentheils zermalmt.

Das Herz sehr gross und fettreich, wiegt 15 Unzen 7 Drachmen. Beide Ventrikel hypertrophisch, leer. Endocardium stellenweise verdickt; Klappen normal.

Im grossen Netz, Dünn- und Dickdarmgekröse auffallend starke Fettablagerung. Die Gefässe im Gekröse und auf der Oberfläche des Darmkanals sind stark erweitert.

5. *F. A.*, Oeconom, 33 Jahr, unverheirathet. Des Kranken Mutter litt an Epilepsie, ebenso er selbst seit seinem 16. Jahre. Seit langer Zeit traten die Anfälle täglich mehrmals ein. Geistesschwäche, Eigensinn, Heftigkeit, will man seit einem Jahre an ihm bemerkt haben. Vier Wochen vor der Aufnahme war er nach sehr häufigen Krampfanfällen einige Tage hindurch tobsüchtig, dann deprimirt, äusserte Selbstmordgedanken.

Aufnahme in die Anstalt am 1. Juni. Er zeigte sich hier ärgerlich und misstrauisch, weigerte sich einzunehmen, „weil Gift in der Arznei sei", wurde oft betrübt und bat, dass man ihn todtschiessen möge, deutete die Absicht an, sich das Leben zu nehmen, „da er von der Welt doch nichts habe". —

Am 5. Juni, Vormittags, während der Wärter bei den anderen Kranken im Wohnzimmer war, zwängte er sich durch die enge Luftscheibe des Corridorfensters und stürzte sich in den nahen See.

Section. Körper fettreich. Schädel dünn. Gehirn blutreich, Schichten der Corticalis sehr deutlich. *Thalami optici* über der *Commissura mollis* in grosser Ausdehnung mit einander verwachsen. *Cerebellum* sehr weich. Gewicht des Gehirns ℥45.

Der linke Herzventrikel verdickt; das Herz wiegt ℥xiß. Die rechte Lunge ringsum mit der Brustwand verwachsen, beide Lungen voll schaumigen Serums.

Die Hoden atrophisch, haselnussgross. — Alles Uebrige normal.

6. *W. L.*, Schuhmachermeister, 38 Jahre. Keine Familienanlage zu Geistesstörungen, aber Mutter, Bruder und andere Verwandte litten an Lungenschwindsucht. Der Kranke ist Vater von 15 Kindern, lebte in grosser Armuth. Seit 5 Monaten ist er ausgesprochen melancholisch, lief Nachts öfter fort, versuchte sich zu erhängen, in's Wasser zu gehen.

Aufgenommen am 19. Mai: Grosse Anämie, Schlaflosigkeit, Nahrungsverweigerung. Hält sich für ewig verdammt, sieht den Teufel

Nachts auf seinem Bette sitzen. Nachdem er mehrere Selbstmordversuche gemacht und durch grosse Unruhe den Schlaf der anderen Kranken häufig gestört hatte, liess man ihn — in einer Zwangsjacke — mit einem Wärter in einem besonderen Zimmer schlafen. —

In der Nacht zum 23. Juni zog ihm der Wärter auf seine Bitte das Camisol aus. Am nächsten Tage gestattete der Arzt, ihn fortan ohne Zwangsjacke zu lassen, und in der folgenden Nacht, zum 24. Juni, nahm er die Schlüssel des Wärters aus dessen Bett, lief halb bekleidet fort, und erst nach sechs Tagen wurde seine Leiche im See gefunden.

Die Fäulniss der Leiche war so weit vorgeschritten, dass die Section unterlassen wurde.

7. *M. v. I.*, Gutsbesitzersfrau, 35 Jahr. Die Mutter starb an einer Leberkrankheit, die Schwester ist geisteskrank. Frau *von I.* lebte in unglücklicher Ehe, die vor 7 Jahren getrennt wurde. Vor 3 Jahren überstand sie eine Lungenentzündung; seitdem blieb die Menstruation aus, und sie hatte oft Schmerzen in der Lebergegend.

Im August wurde sie in die Anstalt gebracht, nachdem sie schon acht Monate an Melancholie gelitten und wiederholt Selbstmordversuche gemacht hatte. Anfangs bat sie auch hier oft, dass man sie tödten möge; in den nächsten Monaten wurde sie ruhiger, äusserte keinen Lebensüberdruss mehr, war aber stets deprimirt. —

Am 12. December, Vormittags, blieb sie vom gemeinsamen Spaziergange zurück, bat aber bald darauf eine Wärterin, ihr die Corridorthür aufzuschliessen, damit sie den vorausgegangenen Damen nachgehen könne. Die Wärterin erfüllte ihren Wunsch, liess sie allein gehen, und sie stürzte sich in den See.

Erst im Juni des folgenden Jahres wurde die Leiche gefunden.

8. Fräulein *Z.*, Kaufmannstochter, 25 Jahre. Keine erbliche Anlage. Fräulein *Z.* hatte ihre Mutter lange Zeit mit grösster Selbstverläugnung gepflegt, wochenlang nicht ordentlich geschlafen, war körperlich sehr heruntergekommen. Gleich nach dem Tode der Mutter ward sie tobsüchtig und am 16. Februar, höchstens vierzehn Tage nach dem Ausbruche der Krankheit, der Anstalt übergeben.

Hier: Grosse Geschwätzigkeit, Heiterkeit, erotische Aufregung. Oft wird sie heftig, schreit, schilt, schlägt. Körperlich war nur Anämie nachzuweisen, welche im Laufe des Frühjahrs und Sommers bedeutend nachliess, und zugleich wurde die Kranke so weit gesund, dass sie im August auf Verlangen der Angehörigen beurlaubt werden konnte. Schon nach wenigen Tagen kehrte sie zurück und während sie körperlich im Herbste und Winter kräftiger wurde, trat allmälig wieder Aufregung ein, jetzt aber andauernd mit dem Charakter

der Depression. Im Beginn des nächsten Jahres trat die Menstruation, welche während der ganzen Krankheit ausgeblieben war, zuerst ein. Anfangs steigerte sich die Angst und Unruhe während des *Fluxus mensium*, im März aber zeigte sich, zugleich mit sehr reichlichem Blutflusse, grosse Ruhe, Besonnenheit, fast Klarheit. In den folgenden Wochen war sie mitunter etwas ängstlich, doch stets gesellig und fleissig. Menses auch im April regelmässig. Am 10. Mai wurde der Wunsch, in die Heimath zurückzukehren, geäussert, und bald darauf deutete sie an, dass sie des Lebens überdrüssig sei. Durch einen Brief des Bruders, welcher sie bat, die Anstalt noch nicht zu verlassen, wurde sie am 20. Mai in grosse, aber schnell vorübergehende Erregung versetzt. Eintritt der Menstruation am 22. Mai; sie schien ruhig und freundlich. —

Am 24. Mai ging sie Nachmittags mit anderen Damen und zwei Wärterinnen spazieren, verlangte eines Bedürfnisses wegen in's Gebüsch zu gehen, bat die Wärterin, welche sie begleitete, sich ein wenig weiter zu entfernen. Diese gehorchte — angeblich nur auf einen Moment — und fand die Kranke nicht wieder. Am nahen Seeufer lag ihr Taschentuch, und im See wurde die Leiche gefunden. — Nachträglich erfuhr der Arzt, dass die Absicht, sich selbst zu tödten, von ihr noch an demselben Tage gegen andere Kranke ausgesprochen war.

Die Section wurde, wohl auf die Bitte der Verwandten, nicht gemacht.

9. *E. B.*, Pächtersfrau, 48 Jahre. Die Mutter war geisteskrank. Sie selbst litt im 23. Jahre, nach einem Nervenfieber, 8 Monate hindurch an Melancholie, stürzte sich damals in's Wasser, genas vollständig, verheirathete sich bald darauf und blieb stets, auch in neun Wochenbetten, geistig gesund. Vor zwei Jahren cessirten die Menses, seitdem Hämorrhoidalbeschwerden. Vor neun Monaten zeigte sich ohne äussere Ursache Trübsinn und Menschenscheu, bald grössere Angst und Unruhe. Mit der Wirthschaft beschäftigte sie sich gar nicht mehr.

Als sie am 11. Juni in die Anstalt kam, litt sie an unruhiger Melancholie: „Sie habe Mann und Kinder belogen und betrogen, sei nicht werth zu leben, müsse vor Gericht gestellt werden." Häufig Ausbrüche von Verzweiflung mit Versuchen zum Selbstmorde. Meist gestand sie solche Versuche selbst, oft mit dem Zusatze, dass ihr der Muth zur Ausführung gefehlt habe. Dabei Herzklopfen, Schmerz in der Lebergegend, thonfarbiger und trockener Stuhlgang, Schlaflosigkeit.

Nach Verlauf eines Monats bedeutende Besserung. Die Kranke

war oft ganz klar, heiter und zuversichtlich, hatte guten Schlaf und normalen Stuhlgang. Anfangs August wieder trübe Stimmung, in welcher sie gegen die Wärterin mehrmals äusserte, dass sie sich umbringen müsse. —

Am 10. August ging sie Nachmittags wie gewöhnlich spazieren, bat bei der Rückkehr, die Frau eines Anstaltsbeamten, bei welcher sie schon öfter gewesen, besuchen zu dürfen. Dies wurde gern erlaubt. Die Wärterin, welche sie dorthin begleiten sollte, ging nur bis zur Thür mit und enfernte sich dann, obwohl sie warten sollte, bis die Kranke wieder käme. Als Frau *B.* die Wärterin nicht fand, ging sie wieder in den Garten, legte am Seeufer einige Kleidungsstücke ab und ertränkte sich. —

Section. Gehirn und Meningen sehr blutreich. — Im Herzbeutel etwas röthliches Serum. Herz und grosse Gefässe blutleer. — Lungen blutreich, etwas ödematös. —

Leber vergrössert, fettig entartet, der linke Lappen sehr dünn und scharfrandig. Galle zäh, mit körnigem gelbbraunem Niederschlag. — Milz gross und fest. — *Colon transversum* und *desc.* sehr eng contrahirt, von der Dicke eines Mannsfingers, leer. — *Pancreas* sehr blutreich, ebenso die Nieren. Uterus und Ovarien normal.

10. *F. A.*, Bedienter, 26 Jahre, unverheirathet. Geisteskrankheiten sollen wiederholt in der Familie vorgekommen sein. Der Patient, früher Wärter der Anstalt, zeigte Ende Juli 1851 grosse Aufregung und wurde am 20. August in die Anstalt gebracht. Wilde Ideenflucht: bald ist er ein vornehmer Officier, reich, adelig, dann wieder: „er sei ein Hahn“, wobei er kräht, um seine Hühner zu locken. Der Puls beschleunigt, Gefühl von Schwindel, Zunge belegt, Obstruction, blasses Aussehen. Bis Ende Januar so gebessert, dass man ihn versuchsweise als Wärter anstellte. Schon im Februar verlangt er seine sofortige Dienstentlassung, und als diese verweigert wurde, entfloh er Nachts aus einem Fenster des zweiten Stockwerkes. Nach einigen Tagen als krank zurückgebracht. Er war in ähnlicher Erregung, wie im Beginn der Krankheit, verwirrt und heftig: „Er sei Geisterfürst“. Häufig Zucken der rechten Gesichtshälfte, Puls 120. Im August 1852 wurde er ruhiger, aber allmälig auch geistesschwach. Mitunter äusserte er noch hochmüthige Ideen religiösen Inhalts, war aber stets fügsam und fleissig. So blieb er auch im Laufe des nächsten Jahres Selbstmordneigung wurde nie wahrgenommen. —

Im October 1853 arbeitete er in längst gewohnter Weise im Garten, setzte sich mit den Anderen zum Vesperbrot, wollte dann zum See, „um zu trinken“. Der Wärter hielt ihn hiervon zurück:

„er könne ja gleich im Hause trinken“, worauf er scheinbar ruhig Folge leistete, aber plötzlich fortsprang und sich in den See stürzte. —

Section. Gehirn blutreich, fest. — Das Herz, besonders im linken Ventrikel, hypertrophisch. Die rechte Lunge durch alte Adhäsionen völlig mit der Brustwand verwachsen. — Die Leber gross, blauroth. Milz vergrössert, schwarzbraun, weich. Magen und Darm zeigen chronische Hyperämie, die Schleimhaut ist in grosser Ausdehnung schieferfarben, dendritisch injicirt; auch die Mesenterialvenen stark mit Blut gefüllt.

11. *K. W.*, Nachtwächter, 64 Jahre. Keine erbliche Anlage. Bei einer grossen Familie (9 Kindern) hatte *W.* stets mit Nahrungssorgen zu kämpfen. Kurz vor Neujahr klagte er über heftige Kopfschmerzen, äusserte die Besorgniss, dass er geisteskrank werde. Im Februar wurde ein Aderlass gemacht. Der Verband löste sich, und ein starker Blutverlust erfolgte. Seitdem zunehmende Depression, Selbstmordideen. Er blieb meist zu Bett, ass sehr wenig. Ende Mai brachte er sich mit einem Messer eine unbedeutende Wunde am Unterleibe bei: „er habe eine Oeffnung machen müssen, um dem Kopfsausen einen Abzug zu verschaffen“.

Mitte Juni kam er in die Anstalt, zeigte tiefe Melancholie, Anämie, Gliederzittern, Empfindlichkeit des 7. Halswirbels. Die Ernährung hob sich bald, und der Kranke arbeitete seit Ende Juli im Garten, klagte aber noch oft über Kopfschmerzen und Ohrensausen. —

Am 24. August, Nachmittags, gelang es ihm, sich von der Arbeit hinter dem Rücken des Wärters zu entfernen, und er sprang in den See. Die Leiche wurde erst nach drei Tagen gefunden. —

Section. Gehirn schon zerfliessend. Beide Lungen fast ganz mit der Brustwand verwachsen. Im Herzbeutel etwa ℥j klare, röthliche Flüssigkeit. Das Herz blutleer, fettreich, wiegt ℥xj. — *Omentum* und *Mesenterium* fettreich.

12. *S. G.*, Schneidermeistersfrau, 34 Jahre. Ohne erbliche Anlage. Körperbau schwächlich, starke *Kyphosis*. Vor drei Jahren überstand sie nach einer schweren Geburt ein normales Wochenbett; erst vor 2 Jahren verheirathete sie sich, und gleich darauf soll die Melancholie zuerst bemerkt worden sein, in welcher sie mehrfache Selbstmordversuche machte: in ein Wasserloch sprang, sich zu erhängen versuchte, einmal in einen Wald entlief und erst nach mehreren Tagen wiedergefunden wurde. Nach ihrer Angabe hatte sie sich durch Hunger tödten wollen. — Körperlich soll sie nie besonders krank gewesen sein, aber seit Jahren viel über den Kopf geklagt haben.

Am 16. Februar wurde sie der Anstalt zugeführt, klagte stets

über Kopfschmerzen, über Herzensangst, zeigte mitunter grössere Unruhe, ringt dann die Hände, murmelt: „sie solle verbrannt werden". Körperlich war nur Anämie aufzufinden.

Bedeutende Aenderung trat in den nächsten Monaten nicht ein, doch arbeitete die Kranke seit April mit im Garten; sie blieb stets still und scheu, äusserte oft den Wunsch zu sterben.

Am 1. Juni, Nachmittags, entfernte sie sich von der Arbeit, ohne dass die dicht bei ihr beschäftigte und mit ihrer Beaufsichtigung beauftragte Wärterin es bemerkte. Am Seeufer arbeitende Männer sahen sie in's Wasser springen, zogen sie sogleich wieder heraus, doch blieben die Belebungsversuche erfolglos. —

Section. Schädeldecke sehr dünn, längs des *Sinus longit.* durch Eindrücke Pacchionischer Granulationen stellenweise fast durchbrochen, welche die *Dura* durchbohrt haben, zum Theile in den *Sinus* hineinragen. In den weichen Hirnhäuten, welche übrigens zart und durchsichtig sind, auf der Höhe der Convexität sehr reichliche und grosse Pacchion. Granulationen Die *Pia mater* sehr blutreich.

Das Gehirn wiegt 2 Pfund 26 Loth. Die Rindensubstanz dunkel grauroth, ihre einzelnen Schichten scharf getrennt. Die Marksubstanz auffallend zäh, etwas feucht glänzend.

Linke Lunge fest mit der Brustwand verwachsen. — Herz sehr fettreich; der innere Mitralzipfel verdickt, doch ist die Klappe schlussfähig.

Leber gross, fettig entartet; auf dem rechten Lappen einige parallele tiefe Furchen, in deren Grunde der Peritonäal-Ueberzug weisslich und verdickt ist. Milz hellbraun, ziemlich gross und fest. Magenschleimhaut blass. Im oberen Theile des *Ileum* mehrere Spulwürmer, der unterste Theil, etwa zwei Fuss bis zur *Valv. Bauhini*, stark hyperämisch, rosenroth bis schiefergrau gefärbt.

Nieren, Uterus, Ovarien normal.

13. *Christine P.*, Tagelöhnerstochter, 35 Jahre, unverheirathet. Die Mutter litt wiederholt, jedoch längere Zeit nach der Geburt dieser Tochter, an Melancholie mit Selbstmordneigung. Sie selbst war zuerst vor 8 Jahren tiefsinnig, genas nach wenigen Wochen ohne ärztliche Hülfe vollständig. Die häuslichen Verhältnisse sind durchaus glücklich, ihr Ruf und ganzes Verhalten tadellos. Vor neun Monaten wurde sie wieder melancholisch, machte zwei Versuche sich zu erhängen, kam auf ihren Wunsch sogleich in die Anstalt, ward Anfangs März als völlig genesen entlassen, soll bis zum 1. Juli ganz gesund geblieben, an diesem Tage ohne äussere Ursache plötzlich in Aufregung verfallen sein. Sie versuchte zuerst mit einem

Handtuche sich zu erdrosseln, ging dann mit der Kartoffelhacke auf ihren Bruder los.

Am 11. Juli kam sie zu uns, war in fortwährender heftiger Angst, bat, dass man keine Messer oder Scheeren in ihrer Nähe lasse: „sie könne kein Messer sehen, ohne sich desselben zu bemächtigen, und sich oder Anderen etwas Schlimmes zu thun; sie fühle den inneren Trieb, sich umzubringen; sie werde sich unglücklich machen, aber sie könne nicht anders". Am nächsten Tage war sie etwas ruhiger, äusserte Furcht vor der Wiederkehr der „Anfälle", machte sich Vorwürfe: „sie sei eine verworfene Sünderin". Der Puls beschleunigt, Klagen über heftiges Brennen in beiden Armen, an welchen äusserlich nichts Krankhaftes sichtbar war. —

Als sie am 12. Juli mit anderen Kranken und der Wärterin aus der Wohn- in die Schlafstube gehen sollte, entschlüpfte sie und erhängte sich im Gesträuche des Hofgartens, zu dem eine aus Nachlässigkeit offen gelassene Thür vom Corridor führt. Sie wurde sogleich vermisst, doch zu spät gefunden. —

Section. Gehirnhäute und Gehirn sehr blutreich. Die Lungen mit röthlichem Schaum gefüllt. Leber gross, hell, etwas fettig. Mesenterium und Schleimhaut des ganzen Dünndarms stark hyperämisch. Alle übrigen Organe normal.

14. *C. E.*, Handelsgärtner, 44 J., verheirathet. Keine erbliche Anlage, doch litt die Mutter häufig an sehr heftigen Kopfschmerzen. Der Kranke lebte in drückenden Verhältnissen, hatte sich dem Trunke ergeben. Vor 4 Jahren litt er einige Zeit an heftigen Kopfschmerzen, vor 2 Jahren an einem „rheumatischen Fieber mit Delirien", von welchem er vollständig genas. Anfangs August dieses Jahres soll — ohne Vorboten, nach dem gewohnten Genusse von Spirituosen — plötzlich Tobsucht ausgebrochen sein. Nach einigen Tagen wurde er ruhiger, blieb deprimirt und einsylbig. Man freute sich der scheinbaren Reue, aber bald zeigten sich heftige, krampfähnliche Angstanfälle. Er klagte zuerst über Beklemmung in den Präcordien, bekam Aufstossen, Gähnen, Seufzen; die Gesichtsmuskeln, die Glieder fingen an zu zittern und zucken, er ging dann auf und ab, immer unruhiger, endlich beachtet er seine Umgebung gar nicht mehr, tobt und rast, bis er erschöpft und mit Schweiss bedeckt zusammenbricht.

Nachdem mehrere solche Anfälle eingetreten waren, brachte man ihn am 5. October in die Anstalt. An diesem und dem nächsten Tage war er sehr ängstlich und unruhig, äusserte melancholische Wahnideen: „durch vergifteten Zunder sei es ihm angethan". Dagegen erschien er am Abende des 6. October heiter und mit seiner

Lage zufrieden, spielte mit anderen Patienten Karten. Ebenso am folgenden Morgen: „die Nacht habe er blindlings durchgeschlafen; er wisse gar nicht, weshalb er mitunter solche Angst habe, die Gedanken gingen ihm dann wie im Wirbel." Abends ward er sehr unruhig, schrie und jammerte auch während der Nacht zum 8. October, machte einen Versuch sich zu erdrosseln. Am dritten Tage laut und aufgeregt; Abends wurde er in eine Zelle gebracht (bisher hatte er im gemeinschaftlichen Schlafsaale gelegen) und ihm wegen seiner Selbstmordneigung das Kamisol angezogen.

Während des 9. Octobers war er laut und unruh, wurde Abends wieder in die Zelle gebracht, zerrieb während der Nacht die Schnur, mit welcher die Zwangsjacke hinten zusammengeschnürt war und erhängte sich mit derselben an dem niedrigen, in der Wand befestigten Tische.

Section. Tiefe Strangrinne quer über den Kehlkopf, dessen linke Wand eingedrückt ist. *Calvaria* dünn. Hirnhäute normal. Corticalsubstanz des grossen Gehirns sehr deutlich geschichtet. Marksubstanz blass. Im *Plexus chorioid.* jederseits eine fast haselnussgrosse, zarte Cyste. Das Gehirn wiegt ℥ 48. Rückenmark normal.

Im Herzbeutel mehrere Esslöffel gelbliches, klares Serum. Der linke Ventrikel des Herzens verdickt, die Klappen normal. Gewicht ℥ 11½. Die Lungen mit der Brustwand in weitem Umfange eng verwachsen, blutüberfüllt.

Im Magen viele frische, kleine Ecchymosen; Dünndarm normal; die solitären Drüsen im Dickdarm stark geschwollen. — Leber blutreich, mürbe, fetthaltig, wiegt ℥ 60. — Milz dunkel, weich, ihre Kapsel weiss getrübt und gerunzelt. — Die Nieren sehr hyperämisch. Blase normal.

15. *K. M.*, Beamter, 68 Jahre, verheirathet. Keine erbliche Anlage. Der Kranke war seit vielen Jahren hypochondrisch, dabei eifrig und energisch in seinen Amtsgeschäften. Er ist gross, hager, von gelblichem Teint. Vor 9 Jahren hatte er nach ärztlicher Angabe „einen starken Magen- und Darmcatarrh mit *Icterus* und heftigem Fieber", wovon er sehr langsam und nicht vollständig genas, denn seitdem zeigten sich oft „Schleimhusten" und „Magencatarrhe mit zögerndem Verlaufe." Vor acht Monaten „Bluthusten mit Fieber".

In den letzten Jahren hatte *M.* vielfache Streitigkeiten mit Untergebenen und Vorgesetzten; etwa zu Neujahr bemerkte man, dass er oft hastig und ängstlich, in seinen Geschäften unklarer als früher wurde. Auf eigenen Wunsch wurde er im Frühjahr pensionirt und äusserte schon damals, noch bevor seine Familie ihn für krank hielt, dass er seinen Verstand verloren habe. Schlaflosigkeit und zuneh-

mende Unruhe wurden im Sommer vergeblich durch Reisen und andere Zerstreuungen bekämpft. Der Appetit war in dieser Zeit sehr stark, der Stuhlgang regelmässig. Mitte Juli wurden zuerst Wahnideen bemerkt: „er werde verhaftet und in's Zuchthaus gebracht werden, weil er sein Amt schlecht geführt habe". Oft zerkratzte er sich das Gesicht, schlug sich auf den Kopf, forderte ein Messer: „es sei besser, dass er sich selbst die Gurgel abschneide". Durch Opium wurde die Schlaflosigkeit gehoben, während die Unruhe bei Tage zunahm.

Hierher kam er im September, erschien äusserlich ruhig, ging sogar auf scherzende Bemerkungen der Aerzte ein, blieb aber dabei, dass die Untersuchung gegen ihn sogleich beginnen werde, und dass die Richter ihn fortdauernd, auch wenn er scheinbar allein sei, beobachteten und belauschten. — Puls 64; erster Ton an der Herzspitze unrein; Temperatur normal; im Urin ein starkes harnsaures Sediment; Appetit und Schlaf nicht gestört.

Am zweiten Tage seines hiesigen Aufenthaltes ging er Vormittags mit den anderen Kranken spazieren, zeigte sich in keiner Weise besonders ängstlich oder unruhig. Gegen Mittag, während der Wärter dicht vor der Stubenthür stand, erhängte er sich, im Stehen, an der Rouleauschnur, so dass er im Hinuntergleiten mit den Beinen bis zu den Knieen den Boden berührte. In dieser Stellung wurde er todt gefunden.

Section 22 h. p. m. Körper sehr abgemagert. Tiefe Strangrinne rings um den Hals. Fractur des linken Horns des Zungenbeins. — Am *Orificium urethrae* etwas fadenziehende Flüssigkeit, in welcher die mikroskopische Untersuchung neben vielen unbeweglichen eine sehr grosse Menge sich lebhaft bewegender Spermatozoiden zeigte.

Die Schädeldecke, mit der harten Hirnhaut sehr fest verwachsen, ist längs des oberen Randes der Scheitelbeine durch Pacchionische Granulationen sehr verdünnt, zeigt an anderen Stellen, ebenso auf der *Basis cranii*, ausgedehnte flache Osteophytbildung. Die weichen Meningen etwas verdickt und weisslich getrübt, in geringem Grade serös infiltrirt, vom Gehirn leicht abziehbar. — Die Hirnwindungen schmal, die *Sulci* tief und weit. Gehirn blutreich, die graue Substanz deutlich geschichtet, die Marksubstanz feucht glänzend, mit sehr weiten Oeffnungen der durchschnittenen Gefässchen. Die Vorderhörner der Seitenventrikel stark entwickelt; die mittleren Hörner über dem *Cornu Ammonis* theilweise ziemlich fest verwachsen.

Die *Dura mater med. spin.* ist in ihrer hinteren Hälfte weiss

getrübt, wie marmorirt, mässig verdickt. Substanz des Rückenmarks normal.

Beide Lungen fast durchweg straff mit der Costalpleura verwachsen. In beiden Spitzen mehrere schwarz pigmentirte, bis erbsengrosse, luftleere Stellen, welche kleine, zackige, steinharte Kalkconcremente enthalten. In den unteren Lungentheilen viel schaumiges Blut. — Die Bronchialdrüsen blauschwarz, vergrössert und zum Theile verhärtet. — Das Herz normal, nur die Aortaklappen etwas verdickt. *Aorta ascend.* und noch mehr die *abdominal.* stark atheromatös.

Leber normal. — Die Milz gross, weich, ihre Kapsel getrübt und mit den umgebenden Theilen, dem Fundus des Magens, dem *Colon* und *Pancreas* fest verwachsen.

Der Magen leer, die Schleimhaut um den *Pylorus* schieferfarben, mit sehr zähem, fest anhaftendem gelbgrauen Schleime bedeckt. Im *Jejunum*, zunächst dem *Duodenum*, ist die Schleimhaut ebenfalls schiefergrau, auf derselben heller, zäher Schleim. Die Schlingen des *Ileum* zeigen schon von Aussen an mehreren Stellen dunkelbraune Färbung, welcher entsprechend unter der Schleimhaut bis handtellergrosse, das ganze Darmrohr umgebende, frische Blutergüsse, etwa ein Millimeter dick, sich befinden. Im subserösen Bindegewebe einige kleine, ebenfalls frische Ecchymosen. — Das *Colon transversum* macht gleich von seinem Beginne an einen grossen Bogen nach unten, so dass es mit seinem mittleren Theile im grossen Becken liegt, und dann wieder bis zur Milz hinaufsteigt. — Nieren blutreich, normal.

Mehrere Mesenterialdrüsen vergrössert; mit drei von ihnen, welche weiss, steinhart, vollständig verkalkt, von der Grösse einer Haselnuss bis Pflaume sind, zeigen sich die *Art. coeliaca* und beide *Ganglia semilunaria* sehr fest verwachsen. Das Lumen der *Art. coeliaca* ist ungewöhnlich eng.

Die mikroskopische Untersuchung ergab mässige atheromatöse Entartung der kleinsten Gehirnarterien und Capillaren. — Die Trübung und das marmorirte Aussehen der Innenfläche der *Dura mater medull. spin.* wird durch Einlagerung von Kalksalzen hervorgebracht. — Die Ganglienzellen des Rückenmarks, zumal in dem Halstheil und in den Vorderhörnern, zeigen fast sämmtlich jene so häufig vorhandene Einlagerung gelblicher, stark lichtbrechender Körnchenmasse in ungewöhnlich reicher Menge, so dass die völlig isolirten Zellen zum Theile undurchsichtig waren. Im *Ganglion solare* war nichts Abnormes zu finden.

16. *F. N.*, Klempnermeister, 42 Jahre. Keine Familienanlage. Schon in seinem 14. Jahre hatte *N.*, nach einem Typhus, kurze Zeit

an einer Geistesstörung gelitten. Früh verheirathet, Vater von 15 Kindern, hatte er sich in den letzten 5 Jahren, bei grossen Nahrungssorgen, dem Trunke ergeben. Im Frühjahre, etwa 4 Monate vor der Aufnahme, verfiel er in Tobsucht, welche bald nachliess, doch blieb er deprimirt, trank nicht mehr. Wieder wurde er im September aufgeregt, schlug die Seinigen, versuchte die Schwiegermutter zu erwürgen, die Treppe anzuzünden, zerstörte den Ofen, „um sich eine Werkstätte einzurichten", riss eine Wand ein, „um die Wohnstube zu vergrössern."

Während des Aufenthaltes in der Anstalt, vom 8. September bis 5. März, war er äusserlich meist ruhig, aber etwas deprimirt. Oft äusserte er Sehnsucht nach Hause; im October entwich er von der Arbeit in seine Heimath, kam nach wenigen Tagen freiwillig zurück. Steigende Aufregung mit melancholischem Charakter im Januar und Februar des nächsten Jahres: „Man solle ihm gleich den Kopf abschlagen". Oft forderte er heftig seine Entlassung, so noch am 4. März.

Am folgenden Tage erhängte er sich Nachmittags auf dem Abtritte mit seinen Hosenträgern, welche er an der Innenseite der Thür befestigt hatte. Der Wärter, welcher ihm nach wenigen Minuten nachging, fand ihn todt.

Section. Gehirn fest, sehr blutreich. — Die Lungen blutüberfüllt. Herz gross. — Die Leber gross, hellbraun, von starkem Fettgehalt. Alles Uebrige normal.

17. *E. S.*, Arbeitsmann, 55 Jahre, unverheirathet. Familienverhältnisse unbekannt. Seit zehn Jahren soll er an intermittirender Tobsucht gelitten und in solchen Perioden stets Neigung zur Selbstbeschädigung gezeigt haben. Im Jahre 1840 sprang er aus dem Dachfenster seines Hauses und brach den Unterschenkel; im folgenden Jahre hieb er sich mit einer Axt den kleinen Finger ab.

Der hiesigen Anstalt wurde er im Februar zum ersten Male zugeführt, nachdem er vorher in einem städtischen Krankenhause sich zu castriren versucht hatte. Er war ruhig und folgsam, aber schwachsinnig und mitunter leicht reizbar. Im Sommer castrirte er sich mit einem ziemlich stumpfen Messer vollständig. Die Wunde heilte schnell und nach Verlauf von mehre en Monaten wurde er wieder zu kleinen häuslichen Geschäften verwendet. Weshalb er sich verstümmelt, wusste er nicht anzugeben. Körperlich nahm er von jetzt an sehr zu und blieb ein Jahr lang ohne merkliche Aufregung.

Ohne vorherige Genehmigung des Arztes wurde er vom Inspector der Anstalt am 9. Juli des nächsten Jahres zum Distelstechen

in's Freie geschickt und erhängte sich am Vormittage in einem Gebüsche.

Section. *Panniculus adiposus* stark entwickelt. Die Hoden fehlen. Im Uebrigen, ausser den Zeichen des Erstickungstodes, keine Abnormität nachweisbar.

18. *O. P.*, Bauer, verheirathet, 33 Jahre. Familienverhältnisse nicht zu ermitteln. Vor 3 Jahren musste sein Gehöft gerichtlich versteigert werden, und bald darauf soll er die Idee geäussert haben, dass dies widerrechtlich geschehen sei, und das Gut ihm noch gehöre. Als er nun auf demselben eine Menge Bäume abhieb, wurde er in's Gefängniss gesetzt, und nach längerer Haft entlassen, kam er sogleich wieder in Streit mit dem Käufer seines früheren Eigenthums. Endlich erkannte man die Geistesstörung, und brachte ihn, im August 18 . ., in die Anstalt. Hier zeigten sich, bei andauernd deprimirter Stimmung, vielfache Hallucinationen und Wahnideen: „Man habe seine Kinder ermordet, und er habe gesehen, dass der Thäter zum Fenster hinausgeflogen sei. Er dürfe kein Fleisch essen, weil es das seiner Kinder sei." — Appetit und Schlaf stets schlecht; Puls klein und beschleunigt; Klagen über Kopfschmerz; häufig Verstopfung. — Im November schrieb er seiner Frau: „Bringe mir doch meine Kinder, denn ich kann da gar nicht schlafen, weil es immer des Nachts ruft, Deine Kinder sind alle todt, und wenn Du sie wieder sehen willst, so musst auch aus der Welt gehen, und nach dem Himmel kommen, dann sollst sie auch wieder sehen."

Bis zum Herbste des nächsten Jahres blieb der qualvolle Zustand unverändert, dann wurde er in steigender Angst oft heftig, zerriss seine Kleider, griff sich und seine Umgebung an.

Im November jammerte er Nachts häufig so laut, dass er die Ruhe der anderen Kranken dauernd störte. Vom 21. November an musste er deshalb die Nächte in der Zelle, mit dem Zwangskamisol bekleidet, zubringen. Am 29. ass er wenig, flüsterte viel für sich, achtete wenig auf Anreden. Während der Nacht wieder in der Zwangsjacke, isolirt. Am anderen Morgen wurde er an dem Tische der Zelle erhängt gefunden; mit dem halben Körper lag er auf dem Fussboden. Er hatte sich von der Jacke befreit, eine daran befindliche kleine Schnur an den Aermel derselben gebunden, dann die Zwangsjacke am Tische befestigt und sich mit dem Aermel erhängt.

Section. Die *Dura mater* mit dem Schädel sehr fest verwachsen. Gehirn blutreich. — Das Herz schlaff, leer. Die Lungen blauschwarz, sehr blutreich. — Unterleibsorgane normal.

19. *M. V.*, Büdnersfrau, 38 Jahre. Der Vater war melancho-

lisch, ein Bruder blödsinnig nach Epilepsie. Die Kranke lebte in grosser Armuth, hatte, neben der Sorge für fünf kleine Kinder, noch ihren kranken Mann in der letzten Zeit andauernd pflegen müssen. Als dieser vor fünf Wochen genesen war, hörte sie auf zu arbeiten, zeigte grosse Angst, Schlaflosigkeit, versuchte sich zu erhängen.

Am 20. Juli kam sie in die Anstalt, war sehr abgemagert, das Gesicht, besonders die Nase, kupferig roth, wovon nach Angabe des Mannes früher keine Spur vorhanden. Sie stöhnt und jammert bei Tag und Nacht: „durch ihre Schuld müsse die ganze Menschheit sterben". Da sie durch grosse Unruhe und lautes Klagen die anderen Kranken sehr störte, wurde sie häufig isolirt, und ihr dann, aus Furcht vor Selbstmordversuchen, die Zwangsjacke angezogen. So auch am 12. November Vormittags. Um öfter, oder vielmehr müheloser nach ihr sehen zu können, liess die Wärterin auch noch die Thür der Zelle unverschlossen. Eine andere Kranke befreite die Frau *V.* vom Kamisol, und sie erhängte sich mit der Schnur desselben am Gitter der Heizöffnung.

Section 48 h. p. m. — Starke Strangrinne. Todtenstarre in den Armen und Beinen noch vollständig vorhanden. Die gleich nach dem Tode sehr weiten Pupillen sind jetzt ziemlich eng.

Schädel dünn, blutreich. Die weichen Hirnhäute weiss getrübt, serös infiltrirt, zeigen bedeutende Entwickelung Pacchionischer Granulationen. — Das Gehirn blutreich, Corticalsubstanz deutlich geschichtet. Im rechten Vorderlappen, dicht unter der grauen Substanz, befindet sich ein frischer apoplektischer Heerd von der Grösse einer kleinen Kirsche, umgeben von capillären Apoplexieen. Boden der Rautengrube stark gekörnt. Gehirn wiegt 2 Pfund 24 Loth. — Rückenmark normal.

Beide Lungen rings herum, auch mit dem Zwerchfell, ziemlich fest verwachsen, sehr hyperämisch. — Herz normal. In der *Aorta asc.* und in beiden Carotiden geringe atheromatöse Entartung.

Die Leber schlaff, dunkelbraun; Gallenblase leer. — Milz gross, dunkel, sehr weich. — Magen und Darmkanal normal. — Nieren sehr blutreich. — Der Körper des Uterus fast im rechten Winkel nach hinten geknickt; an der Knickungsstelle ist die Muskelsubstanz des Uterus dünn und atrophisch. — Ovarien normal.

20. *H. B.*, Böttchermeister, 33 Jahre, verheirathet. Die Mutter des Kranken litt seit ihrer Kindheit an „hysterischen" Krämpfen. Er selbst war schüchtern, arbeitsam, soll stark Onanie getrieben haben. Häusliche Verhältnisse günstig. — Vor 4 Jahren zeigte er sich einige Wochen hindurch ängstlich, menschenscheu, schlaflos, wurde vollständig gesund. Vor sechs und vor drei Jahren litt er kurze Zeit

am Wechselfieber. Zu Anfang des jetzigen Jahres trat, ohne jede äussere Ursache, wieder Melancholie ein; er vernachlässigte sein Geschäft, wurde einsilbig, ängstlich, hielt sich für verleumdet. Nach kurzer Besserung im Mai steigerte sich die Krankheit; er blieb auch bei Tage zu Bett, äusserte oft Selbstmordgedanken.

Am 15. August kam er in die Anstalt, klagte über Angst, Unbesinnlichkeit und Hitze im Kopfe, wegen welcher letzteren er sich gern in den Zugwind stellte. Schon in den ersten 14 Tagen schien er sich etwas wohler und freier zu fühlen, nachdem er kalte Umschläge, *Magn. sulph.* gebraucht hatte. Das geistige Befinden blieb auch anscheinend gut, nur pflegte er über stärkere Kopfschmerzen zu klagen, als unregelmässige Intermittens-Anfälle am 4., 6., 7., 10., 13., 17. September eintraten. Am 14., 15., 18. und 21. nahm er je gr. x Chinin. Er äusserte keine Selbstmordgedanken in den letzten Tagen, war ruhig, aber stets deprimirt.

Am 21. September fühlte *B.* sich wohl, hatte keinen Kopfschmerz, spielte nach dem Abendessen mit anderen Patienten Karten. Er schlief in einem grossen Schlafsaale. In der Nacht zum 22. September erhängte er sich mit seinem Halstuche an dem Griffe der Thür, welche vom Schlafsaal zu einer Retirade führt. — Der in demselben Zimmer schlafende Wärter hatte sein Aufstehen nicht bemerkt.

Section. Breite, flache Strangmarke. — Schädeldecke sehr dünn und leicht. Die *Dura* blutreich, mit den weichen Hirnhäuten auf der Convexität fest verwachsen. — Die graue Gehirnsubstanz undeutlich geschichtet; die Marksubstanz schmutzig grauweiss, mit sehr vielen Blutpunkten. *Plexus chorioidei* auffallend blutgefüllt. Gehirn wiegt ℥ 53½. — Rückenmark normal.

Herz fettreich, hypertrophisch, rechte Ventrikel dilatirt. In der Mitral- und Aortaklappe mässige atheromatöse Entartung. Gewicht des Herzens ℥ 13¾ (normal etwa ℥ x).

In den sehr blutreichen Lungen einige frische Heerde von Wallnussgrösse. — Magen und Darm normal. — Leber gross, halbkugelig, blutreich; wenig blasse dünne Galle. — Die Milz fest, dunkelroth, ihre Kapsel schwach gerunzelt und getrübt; Gewicht ℥ xiv ʒ iij. Nieren gross und blutreich, die rechte etwas grösser als die linke.

21. *L. K.**), Müllersfrau, 43 Jahre. Mutter und Grossmutter litten an Gicht; ein Bruder der Kranken war melancholisch, endete durch Selbstmord. — Frau *K.* war schwächlich, hatte zuletzt volle

*) Dieser Fall ist bereits vom Herrn Geh.-Rath *Nasse* in der psychiatr. Zeitschrift veröffentlicht.

2 Jahre, bis etwa 9 Monate vor Ausbruch der Geistesstörung, an *Intermitt. quart.* gelitten. Im October 1860 starke Uterusblutung, zugleich heftige Gemüthsbewegung wegen angeblicher Untreue ihres Gatten. Gleich darauf Angstanfälle, zuerst einen um den anderen Tag, dann andauernd melancholische Wahnvorstellungen, Schlaflosigkeit.

Vergebliche Kur in einer Wasseranstalt. Nach zwei Selbstmordversuchen, durch Erhängen und Ertränken, kam sie im Januar in die *Irrenanstalt.* Sie war anämisch, schlaflos, fürchtet „eingemauert zu werden". In den nächsten Monaten nahm die Angst noch zu, dabei klagte sie über Mattigkeit und Schwindel; der Puls, für gewöhnlich 80, stieg bei Erregung bis auf 120. Etwas mehr Ruhe im Mai und den folgenden Monaten; die Kranke beschäftigte sich mitunter mit Handarbeiten, wurde aber im September, nach wiederholter starker Uterusblutung, wieder sehr ängstlich und unruhig.

Mehrere Selbstmordversuche wurden vereitelt, aber die Kranke war stets so laut und aufgeregt, dass man sie Nachts in der Zelle, mit der Zwangsjacke, isolirte. Wiederholt entledigte sie sich des Kamisols, ohne sich zu beschädigen, so in den beiden Nächten vor dem 14. September.

Auch in der Nacht zum 15. September befreite sie sich von der Jacke und erhängte sich mit einer aus Flachs gedrehten Schnur, wozu sie sich das Material leicht bei Tage aus der Spinnstube verschaffen konnte. Freilich hätten die Wärterinnen, bei genauer Pflichterfüllung, die Schnur finden können, als die Kranke am Abende isolirt und ihr das Kamisol angezogen, dagegen die Tageskleider entfernt wurden.

Section. Schädelknochen dünn. In der *Falx cerebri* ein kleiner Knochenkern. Weiche Hirnhäute blutreich. Gehirn etwas ödematös, blutreich, die Corticalsubstanz dunkel, deutlich geschichtet. Gewicht des Gehirns ℥ 43½.

Das Zwerchfell durch die Leber hinaufgedrängt, der unterste Lappen der rechten Lunge comprimirt, zum kleinen Theile luftleer. Beide Lungen blutreich. Das Herz etwas nach links verdrängt, normal.

Die Leber ragt handbreit unter den kurzen Rippen hervor, ist blutreich, aber an den Rändern hellgelb, wiegt 2½ Pfund. Zwischen Leber und Zwerchfell, mit beiden, doch am festesten mit letzterem verwachsen, befindet sich eine Echinococcusgeschwulst von der Grösse eines Kindskopfes, gefächert, viele kleine Tochterblasen enthaltend, 3 Pfund 9 Unzen schwer.

Der Magen contrahirt, an der hinteren Wand zahlreiche kleine Ecchymosen. Darmcanal normal.

Die Milz schlaff, mässig blutreich, wiegt ℥ 5½. — Die Nieren blutreich.

Der Uterus um's Doppelte vergrössert, mit zolldicken Wandungen; in dem erweiterten *Cavum* etwas dunkles, syrupartiges Blut. Beide Ovarien mit den Tubenfimbrien verwachsen, am rechten eine hühnereigrosse Cyste mit heller, gallertiger Flüssigkeit gefüllt, am linken eine etwas kleinere.

22. *A. F.*, Schneidermeistersfrau, 49 Jahre. Der Vater soll „wunderlich", dessen Schwester geisteskrank gewesen sein. Bei unserer Kranken begann die Melancholie bald nach einem heftigen Aerger, wobei sie in Ohnmacht fiel. Nachdem Venäsectionen, Hydro- und Homöopathie vergeblich benutzt waren, führten mehrfache Selbstmordversuche, nach etwa einjähriger Dauer der Krankheit, die Aufnahme in die Irrenanstalt im Februar herbei.

Während der ersten Zeit waren keine Wahnideen bemerkbar, nur heftige Präcordialangst, oft in förmlichen Anfällen, welche mit krampfartigem Schluchzen und Weinen endeten. Ueber ihre körperlichen Beschwerden sprach die Kranke gern und ausführlich, verlangte oft eine genaue Erklärung der einzelnen Symptome: „Bisher habe noch kein Arzt ihr Leiden richtig erkannt". — Sie ist abgemagert und anämisch, hat Skoliose der Rückenwirbel, links einen Plattfuss, und Oedem bis an die Knöchel. Statt des ersten Mitraltons ein langes Geräusch, der Herzimpuls im 5. Intercostalraum in der Papillarlinie. Puls 80; oft Herzklopfen. In den Stuhlentleerungen wurde, von Anfang an, während des ganzen Aufenthalts häufig flüssiges Blut und Schleim gefunden; die Menge des Bluts betrug mehrmals ein Pfund, und kalte Sitzbäder, Tannin-Injectionen, in den Mastdarm geschobene Eisstückchen halfen nur vorübergehend.

Im Sommer nahm die Unruhe zu, so dass sie „aus Angst" auch des Nachts jammerte. „Alles erscheine ihr traurig, sie ersehne den Tod und fürchte ihn doch." Von jetzt an hypochondrische Wahnideen: „sie sei am unrechten Orte schwanger". Mit Selbstvorwürfen fügte sie oft hinzu: „diese Schwangerschaft sei dadurch veranlasst, dass ihr Mann den *Coitus per rectum* vollzogen habe, weil sie keine Kinder mehr haben wollte". Zuerst im August, und von da an fast täglich, suchte sie mit den Fingern in den Mastdarm zu greifen und zu kneifen: „sie müsse zur Kur Blut verlieren, inwendig und auswendig sei sie blessirt, sie fühle etwas Lebendiges im Leibe, das Herz sei ihr bewachsen". Im September sprang sie aus dem Fenster und lief nach dem See zu. Mitunter schien sie vor-

übergehend heiterer, aber stets: „ein Kind habe sie im Leibe, darauf wolle sie sterben".

Während der folgenden Zeit, und besonders in den ersten Monaten des nächsten Jahres, steigerten sich die Wahnvorstellungen: „Ihr Rücken werde immer breiter; sie spüre zwei Kinder im Leibe; es sei schon Milch in den Brüsten." Häufig verlangte sie eine genaue Untersuchung ihres Körpers, so am 16. April, indem sie angab: „Einzelne Punkte des Körpers fingen an zu schmerzen, und von diesen ginge der Schmerz über die ganze Oberfläche des Körpers". Sie machte auf die deutlich sichtbare *Pulsatio epigastrica* aufmerksam: „Das seien Kindesbewegungen."

Am 19. April erschien sie am Morgen verstimmt und wollte sich bald wieder zu Bett legen. Zur Sicherung gegen die häufigen Beschädigungen, welche sie sich im *Rectum* zugefügt hatte, liess man sie in der Zwangsjacke zu Bett gehen. Gegen Mittag gelang es ihr, dieselbe auszuziehen, und darauf erhängte sie sich mit einer selbstgesponnenen Garnschnur, welche sie am Gitter der Luftheizungsöffnung befestigte. Um zu diesem Gitter zu gelangen, musste sie auf den Tisch treten, von welchem sie vorher die Spielsachen ihrer Schlafgefährtin sorgsam fortgenommen und bei Seite gesetzt hatte.

S e c t i o n. Breite Strangulationsmarke. — *Calvaria* schwer, *Diploë* sehr dünn. *Dura mater* bläulich roth, an den weichen Hirnhäuten einige Pacchion. Granulationen. Das Gehirn ist stark ödematös, die graue Substanz deutlich geschichtet, die Medullarsubstanz hat durch sehr viele Blutpünktchen ein röthlich-weisses Aussehen, und a u f d e n S c h n i t t f l ä c h e n r a g e n a n v i e l e n S t e l l e n d i e d u r c h s c h n i t t e n e n G e f ä s s c h e n f a s t e i n e L i n i e l a n g h e r v o r. Die Wandungen des Hinterhorns im rechten Seitenventrikel mit einander verwachsen. Das Gehirn wiegt ℥ 44½.

Im Herzbeutel ℥ 11 klares gelbliches Serum. Das Herz fettreich, der linke Ventrikel verdickt, eng. Mitralklappe verdickt, knorpelig, die Sehnenfäden sehr kurz, theilweise unter einander verwachsen. Der rechte Ventrikel ist schlaff und weit, enthält wenig flüssiges Blut. Das Herz wiegt ℥ 9½. — Die Lungen mit der Brustwand verwachsen. In den Spitzen narbig eingezogene Stellen und kleine Cavernen, darunter grau-röthliche, gallertige Infiltration des Gewebes.

Leber gross, blutreich, der linke Lappen geht bis zur Milz. Diese ist dunkelbraun, weich.

Die Nieren blutreich, ihre Corticalsubstanz fettig entartet, fest mit der Kapsel verwachsen.

Magen sehr contrahirt, an der hinteren Wand viele punktförmige Ecchymosen. Die Schleimhaut des *Duodenum* aufgelockert, dunkel

braunroth; ähnlich, doch heller roth, ist der ganze Dünndarm, einzelne Drüsenhaufen sind angeschwollen, an manchen Stellen befinden sich unter der Schleimhaut dünne, frische Blutergüsse. Der Dickdarm eng; das *Colon transversum* verläuft vom rechten Leberlappenrande schräg nach links und unten; die *Flexura sigmoidea* ist mit dem oberen Theile des *Rectum*, mit dem linken *Psoas* und mit der seitlichen und vorderen Bauchwand fest verwachsen. Schleimhaut des Dickdarms normal. Der obere Theil des *Rectum* ist eng, der untere aber so weit, dass er dem *Coecum* ähnlich ist; seine Schleimhaut dunkelroth, sammetartig, mit zahllosen, senf- bis hanfkorngrossen Follikeln mit schwärzlich-rothen Mündungen besetzt, welche von einem dichten Netz dunkel injicirter Gefässchen umsponnen sind. An zwei pfenniggrossen Stellen fehlt die Schleimhaut und ist durch festes, schwarz pigmentirtes Narbengewebe ersetzt.

Uterus und Ovarien normal.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte die kleinsten Arterien und Capillaren des Gehirns, sowohl in der grauen wie in der Marksubstanz, durchgängig mehr oder weniger atheromatös entartet.

Zwei Superarbitrien über eine Dissimulation und eine Simulation.

Von

Prof. **Ludwig Meyer**

in Göttingen.

Die beiden folgenden Gutachten, welche von mir in meiner früheren Stellung in Hamburg abgegeben wurden, scheinen mir aus verschiedenen Gründen einer Veröffentlichung nicht unwerth. Im ersten Gutachten handelte es sich um einen Fall von secundärem Schwachsinn, der bei mangelhafter Untersuchung auch als Paradigma der *Mania sine delirio*, der *Folie raisonnante* hätte dienen können. Der Kranke hatte länger als 10 Jahre in seiner Familie gelebt, geheirathet, die verschiedensten, durch stete Erfolglosigkeit verfolgten Geschäfte getrieben, Artikel für Zeitungen geschrieben, ohne dass seine, den besseren Ständen angehörige Familie ahnte, mit einem chronischen, unheilbaren Geisteskranken zu leben. Erst, als ein unsinniges Project des *W.* den Rest des Vermögens von ca. 25,000 Thlrn. bedrohte, entschloss man sich, ihn zur Constatirung seines Zustandes der Irrenstation zu übergeben, aus welcher er übrigens nach wenigen Tagen von seiner Frau wieder abgeholt wurde. Zu gleicher Zeit wurde nun von der Familie ein Antrag auf Curatelstellung, mehr auf Grund von Verschwendungssucht als seiner Geisteskrank-

heit, von dem Kranken eine Supplik dagegen den Behörden eingereicht, während ein Geschäftsfreund eine Entschädigungsklage gegen den Letzteren anstrengte. Auf Grund meines Gutachtens wurden Supplik und Klage abgewiesen und die Curatel verfügt.

Im anderen Falle war Seitens des Vertheidigers, wie immer, durch ärztliche Gutachten unterstützt, der Versuch gemacht, eine Mörderin durch vorgebliche Nymphomanie und *Dementia* der Strenge des Gesetzes zu entziehen. Das Obergericht wies die Exculpation auf das mitgetheilte (II.) Gutachten ab und verurtheilte die Angeklagte zum Tode.

I.

W. wurde laut Attest des Herrn Dr. *G.* am 3. Juni d. J. auf der Irrenstation des allgemeinen Krankenhauses aufgenommen und bereits am 6. Juni auf Ersuchen seiner Frau beurlaubt. Eine Enthebung von der strengeren Ueberwachung innerhalb der Irrenstation wird von meiner Seite ohne Weiteres gewährt, wenn sich die Nächstberechtigten (Eltern, Ehegatten etc.) zu der nöthigen Aufsicht verpflichten und der Zustand des Geisteskranken selbst für seine nähere oder weitere Umgebung nicht gefährlich ist. Ist letzteres zu befürchten, so geschieht die Entfernung aus der Irrenstation nur mit Bewilligung des S. T. Polizei-Herrn. Zur besseren Würdigung dieser einfachen Maassregeln bemerke ich noch, dass Gründe der Gemeingefährlichkeit nur in sehr seltenen Fällen vorliegen, und die bei Weitem grössere Mehrzahl unserer Geisteskranken einer strengeren Ueberwachung überhaupt nicht bedarf.

Mit diesen Thatsachen stehen allerdings die noch gegenwärtig bei dem grösseren Publicum geläufigen Ansichten über Geisteskranke und Irrenanstalten in ge-

radem Gegensatze, indem man erstere in Bausch und Bogen für Tobsüchtige oder gänzlich ihres Verstandes beraubte Wesen nimmt, letztere mit dem Gefängnisse in eine Reihe stellt und in beiden die Herrschaft derselben Grundsätze voraussetzt. Es war nothwendig, diese Verhältnisse specieller zu erwähnen, da die Supplik, von diesen populären Vorurtheilen ausgehend, zu Folgerungen gelangt, welche zurückzuweisen ich mich schon zu allgemeinem Frommen der mir anvertrauten Geisteskranken verpflichtet fühle, die aber in gegebenem Falle, zu meinem Bedauern, zu einer völlig irrthümlichen Auffassung des eigentlichen Sachverhältnisses verleitet hat. Denn die Beurlaubung *W.*'s erfolgte nicht etwa deshalb, weil ich mich von dem Bestehen einer Geisteskrankheit nicht hatte überzeugen können — weit eher liesse sich das Gegentheil behaupten, da ich mich vor der Entfernung aus der Irrenstation von dem bestimmten, nicht gemeingefährlichen Charakter derselben hatte überzeugen müssen; dann allerdings hielt ich es für meine Pflicht, den Wünschen des mit seinem Aufenthalte unzufriedenen Kranken so rasch als möglich nachzukommen und die Frau zur Fortnahme desselben zu veranlassen. Letztere befüchtete indess Ungelegenheiten geschäftlicher Art und bestimmte mich, *W.* vorläufig nur zu beurlauben, d. h. denselben noch als Angehörigen der Irrenstation zu betrachten und ihn zu verpflichten, sich innerhalb einer Woche wieder zu einer weiteren Untersuchung im Krankenhause einzufinden. Ich nahm keinen Anstand, von *W.* das Ehrenwort für die Befolgung meiner Vorschriften geben zu lassen, weil die Erfahrung mich gelehrt hat, dass gerade Geisteskranke dieser Art ihren Versprechen genau nachzukommen pflegen, und darin habe ich mich im gegebenen Falle auch nicht getäuscht. (Supplik. S. 31.)

W.'s augenblickliche Ueberweisung an die Irrenstation

war Folge äusserer Conflicte; sein geistiges Leiden hatte seit mehreren Jahren den Charakter nicht geändert und gestattete das Leben in der Familie. Ich musste auch schon in der ersten Unterredung, in welcher der Kranke selbst den ersten Bericht abstattete, die Ueberzeugung gewinnen, dass der eigentliche Krankheitsvorgang der Geistesstörung längst abgelaufen war, und man es nur mit den passiven chronischen Folgezuständen zu thun habe, welche irrenärztlich als secundärer Schwachsinn, consecutive *Dementia*, bezeichnet werden.

Fehlen hier, wie im gegebenen Falle, bestimmte, so zu sagen handgreifliche Symptome des Wahnsinns, wie Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen und dergl. mehr, so ist es kein leichtes Ding, Laien Aufklärung über das Wesentliche dieses Zustandes zu geben, oder gar im Einzelnen der juristischen Forderung gerecht zu werden. Der Kranke äussert sich in äusserlich gut zusammenhängender, oft fliessender Rede, benimmt sich ganz den herrschenden Sitten gemäss, steht keinen Augenblick an, über die einzelnen Vorfälle, welche der Umgebung endlich den Verdacht einer geistigen Störung erregten, unbefangen und erschöpfend Auskunft zu geben. Alles dieses vermag aber nur Unerfahrene zu täuschen; leider gelangt man bei der erschreckenden Häufigkeit dieser Fälle bald zu der traurigen Einsicht, dass hier Ruhe, äusserliche Besonnenheit und dgl. nur Mangel an jeder Willenskraft bedeute, und ein geistiger Zustand vorliege, dessen Fäden sich meist weit zurück bis zu den Jahren der Entwickelung oder der Kindheit verfolgen lassen, in denen eine selten hinreichend beachtete, oft ganz übersehene, organische Erkrankung den Grund zu einer dauernden Lähmung des Geisteslebens legte.

Für die Beurtheilung dieser geistigen Schwächezustände muss, bei dem Mangel eines durch auffallende Erscheinungen scharf hervortretenden Bildes der Krank-

heit, der allgemeine Eindruck für das Urtheil des Sachverständigen von grossem Werthe sein; denn, wie schon erwähnt, pflegt dieser sofort zur Genüge über das Wesentliche des Krankheitscharakters Auskunft zu geben und die Beobachtung auf sonst leicht übersehene, anscheinend unwichtige Einzelheiten zu richten, aus denen sich dann wenigstens einigermaassen die Gründe des Gesammteindruckes zusammenstellen lassen. Mag dem juristischen Standpunkte, welcher überall bestimmt umschriebene Definitionen den Thatsachen anzupassen suchen muss, dieser Weg der Untersuchung wenig zuverlässig erscheinen; er findet sich auf dem Felde der Erfahrung überall da berechtigt vor, wo es noch nicht gelungen ist, die einzelnen Erscheinungen eines Vorganges in ihrem gesetzlichen Zusammenhange zu erkennen. Der allgemeine Eindruck, welchen *W.*'s ganzes Wesen auf die Aerzte der Irrenstation machte, muss daher für die fernere Beurtheilung von vornherein werthvoll erscheinen und verdient um so mehr hervorgehoben zu werden, als die ersten Beobachtungen ohne jegliche Kenntniss des Vorangegangenen gemacht wurden, und erst im weiteren Verlaufe der Kranke selbst über Einiges, allerdings in seinem Sinne, berichtete. Beiliegendes Krankheitsjournal, welches selbständig von dem ersten Assistenzarzte Herrn Dr. *Reye* geführt wurde, wird die Gleichartigkeit dieses ersten Eindruckes in ein deutliches Licht setzen.

W. fühlte sich, trotz aller mündlichen Protestationen gegen das Beleidigende, Schreckhafte etc. seines Aufenthaltes, sehr bald behaglich in der Irrenstation und richtete sich mit seinen kleinen Bedürfnissen ein, als gelte es, einen langen und gar nicht unangenehmen Aufenthalt zu nehmen, insofern nur seine verschiedenen Wünsche in Bezug auf Wohnung, Spazierengehen, Lectüre befriedigt würden. Auch das Gespräch behielt nach der Ueberwindung des ersten Eindruckes diesen Charakter

bei. Der Kranke sprach gerne in ausgedehnten Auseinandersetzungen, die ein mehr oder weniger offenes Lob seiner Ausbildung, geschäftlichen Thätigkeit und seines ganzen Verhaltens enthielten. Sehr übertriebene Vorstellungen, wie sie eine andere Art Geisteskranker gewöhnlich vorbringen, äusserte *W.* freilich nicht; er drückte sich überhaupt mit einiger Zurückhaltung aus, als wisse er, um was es sich handle; aber die Färbung seiner Darstellung machte den Eindruck des „hysterischen Grössenwahns", eines Krankheitssymptoms, das sich bei der grossen Klasse an reizbarer Schwäche leidenden Geisteskranken, denen *W.* angehört, wiederfindet. Seinen Aeusserungen mangelte durchaus der Ernst, den seine Lage bei dem grössten Leichtsinn erzwingen musste; er spielte nur mit Einzelheiten, machte häufig Wortspiele, die ihn dann mehr fesselten, als der wesentliche Zweck des Gespräches. In diesem Spielen mit Worten haben wir wieder eine Eigenthümlichkeit dieser Geisteskranken. Es ist ihnen um das Wesen der Sache nicht eigentlich zu thun, dem sie auch in der That in Gefühl und Gedanken fern stehen; es ist hier die ganz äusserliche Form, ein Spiel, welches die unmöglich gewordene ernste Arbeit leise andeutet und den armen Kranken in einen behaglichen Hochmuth versetzt. Ich verweise auf die den Acten beiliegenden Aufsätze des *W.* über die Alsterschleuse etc., in denen sich dieses Vergnügen an Wortspielen, verbunden mit einer, Sache und Person nach gleich unerklärlichen, Ueberhebung, deutlich wiederspiegelt. Diesem Gefühl der persönlichen Wichtigkeit entspringt auch die Neigung *W.*'s, das Unbedeutende für werthvoll zu halten, sobald es nur zu ihm in Beziehungen tritt, und scheut er sich nicht, bei der Darstellung irgend eines gewöhnlichen Vorfalls denselben auszuschmücken, um ihm gleichen Werth in den Augen seiner Zuhörer zu verschaffen. Es ist dabei gänzlich gleichgültig, ob ein

weiterer Zweck mit dieser Erdichtung verfolgt wird, da diese dem Kranken selbst Genuss, wenn nicht gar Bedürfniss ist. So legte er ein grosses Gewicht auf seine Correspondenz in der Irrenstation, forderte sofort reichliches Schreibmaterial, ersuchte um rasche, womöglich augenblickliche Beförderung, während diese Briefe weder Dringendes noch Wichtiges enthielten. Mit gleicher Wichtigkeit trieb er anderen Zeitvertreib. Zu seiner Unterhaltung war ihm eine englische Zeitschrift (Chambers Journal) gegeben: er äusserte sich mit grosser Weitläufigkeit über irgend einen Artikel, nannte diese Lectüre seine „Studien", versprach sie zu übersetzen, mit Anmerkungen zu versehen und dann meinem Urtheil vorzulegen. Herr Dr. *Reye* hatte ihm eine Grammatik und ein Lexicon geliehen, welches Ereigniss er in einer längeren Auseinandersetzung an einen Verwandten und an mich dahin ergänzte, dass er mit Dr. *Reye* Englische Studien getrieben habe.

Wenn sich diese Kranken ohne Aufsicht fühlen, werden sie durch ihre pedantisch festgehaltenen Ansprüche ihren Familien sehr lästig; auch *W.* hat seiner Frau gegenüber sich oft genug herrisch und zuweilen darüberhinausgehend erwiesen; seine Frau klagte, dass es einige Male zu directen Angriffen gekommen sei, und schien ihn nicht wenig zu fürchten. Dem festen Willen gegenüber verschwindet dagegen jeder Widerstand dieser Kranken, und man erlangt bald die Ueberzeugung, dass hier die Selbstbestimmung des gesunden Mannes nicht vorhanden ist.

Seit 6 bis 8 Jahren zieht sich durch das Leben *W.*'s eine Kette von Ereignissen, welche nur Symptome dieser Willenlosigkeit sind. Auch die Art, wie er sich in die Irrenstation bringen liess, dann sowohl dort als während der Beurlaubung allen Anforderungen Folge leistete

muss ich meiner Erfahrung nach auf dieselbe krankhafte Veränderung der geistigen Kräfte beziehen.

Auch ohne genauere Nachrichten über die dem jetzigen Zustande vorausgehenden Ereignisse, muss man die Geistesstörung *W.*'s als eine secundäre ansehen. Es lässt sich mit Bestimmtheit das frühere Bestehen einer activen Geisteskrankheit annehmen, als deren Folgezustände die jetzigen krankhaften Erscheinungen aufzufassen sind. Ein heftiger Anfall von Melancholie hat nun mindestens einmal stattgefunden. Nach dem beifolgenden Auszuge eines, Behufs der Aufnahme in Hornheim ausgestellten Gutachtens des Herrn Physikus Dr. *Buek*, lassen sich die deutlichen Erscheinungen einer solchen Erkrankung nicht verkennen. Höchstwahrscheinlich hat *W.* aber späterhin einen zweiten Anfall desselben Leidens erlitten; nach der Darstellung der Familie war ein solcher wenigstens das Motiv, *W.* der Kaltwasserbehandlung in Solabona zu unterwerfen.

Geheilt wurde *W.* beide Male n i c h t. Die wiedererlangte geistige Gesundheit spiegelt sich weder in der Thätigkeit noch im Bewusstsein wieder. Nach der ersten Erkrankung, noch mehr aber nach der zweiten, erscheint *W.* wie geistig gelähmt. Alle Versuche, ihn zu einer anhaltenden ernsten Thätigkeit zu bewegen, deren er bei den mässigen Vermögensverhältnissen zu seiner und seiner Familie Existenz dringend genug bedurfte, schlugen fehl, und vermag sein ganzer Lebenslauf von da ab nur Unfähigkeit und Willensschwäche zur Erscheinung zu bringen.

Für die Beurtheilung der mangelnden Heilung der sicher constatirten Geisteskrankheit des *W.* ist nun wesentlich, dass dieser selbst nur unklare Vorstellungen von der Art seiner Erkrankung hat und, gleich der grossen Mehrzahl ungeheilter Geisteskranker, zu Umschreibungen seines damaligen Zustandes seine Zuflucht

nimmt, als gälte es irgend ein Vergehen zu beschönigen. Nichts ist aber wichtiger für die Beurtheilung der völligen Heilung Geisteskranker, als das klare Bewusstsein der Kranken selbst, sowohl über die Erkrankung als die Genesung, und mit Recht erregt der Mangel dieses Bewusstseins Misstrauen, so günstig auch sonst der Zustand eines Geisteskranken sich gestaltet haben mag.

Die Versuche *W.*'s, jeden einzelnen verdächtigen Vorfall hinweg zu erklären, ist eine Eigenthümlichkeit fast aller chronischen Geisteskranken. Meist entspringt diese Auffassung aus der gänzlichen Vermischung der rein subjectiven Gefühle und Vorstellungen mit den objectiv bedingten; in anderen Fällen liegt die Absicht nahe, unangenehmen Consequenzen zu entgehen, wie die Entfernung aus dem Familienkreise, Entziehung der Vermögensdisposition u. dgl. m. In Irrenanstalten, wo derartige gerichtliche Proceduren häufiger sind, entwickelt sich unter den Geisteskranken eine ähnliche Art vorbereitender Instruction, wie sie bei der älteren Gefängnisseinrichtung nicht selten unter Verbrechern bestand, und jeder beschäftigte Gerichtsarzt wird genügende Erfahrungen über Dissimulation von Wahnvorstellungen gemacht haben. Nach ähnlichen Motiven müssen die vorliegenden Erklärungen *W.*'s beurtheilt werden, und unterliegt es, meiner Ansicht nach, keinem Zweifel, dass ohne den Zwang gerichtlichen Verfahrens die krankhaften Eigenthümlichkeiten weit schärfer hervortreten würden.

Die Beurtheilung, welcher diese Geisteskranken seitens ihrer Umgebung ausgesetzt sind, hängt wesentlich von äusseren Verhältnissen ab. Gehören sie einem Stande an, dem das Zurückdrängen jeder unangenehmen oder auffallenden Aeusserung in Gegenwart Anderer von Jugend auf als Hauptmaassregel der Erziehung gilt, ge-

statten die Vermögensverhältnisse ein geschäftsloses Leben, so gelten sie wegen ihrer unmotivirten Zu- und Abneigungen, besonders aber wegen häufigen Wechsels der Lebensweise und einzelner phantastischer Unternehmungen, wohl für Sonderlinge, Originale oder Narren im gewöhnlichen Sinne, aber der ernstliche Verdacht einer Geistesstörung entsteht erst bei wesentlicher Gefährdung der Vermögensverhältnisse.

Ganz anders gestaltet sich ihr Geschick, wenn Armuth das Loos dieser dann doppelt Unglücklichen geworden ist, und sie nicht gelernt haben, die Ausbrüche ihrer Krankheit soweit zu umhüllen, dass sie weder der Sitte, noch dem Gesetz wesentlichen Anstoss erregen. Je nach Umständen als Ordnungsstörer, Verbrecher, Irre behandelt, vergeht ihr Leben in einem steten Wechsel zwischen Gefängnissen und Irrenanstalten.

Hoffentlich werden die ausgedehnten Erfahrungen, welche die Irrenärzte Frankreichs, Englands und Deutschlands in jüngster Zeit gerade über diese Klasse Geisteskranker gemacht haben, bald ihre praktischen Früchte tragen in ausreichenden schützenden Maassregeln der Behörden.

Hamburg, am 24. Juli 1862.

II.

Zufolge der Aufforderung des Ober-Gerichts haben die Unterzeichneten die verehelichte *Elsmann*, *Maria Catharina Christiane*, geborene *Petersen*, jetzt Arrestantin im Detentionshause, wiederholt in Bezug auf ihren Gesundheitszustand untersucht.

Die pp. *Elsmann* ist von einem für das weibliche Geschlecht mehr als mittelgrossem Wuchse, starkknochig, dabei sehr robust und gut genährt. Das schwarze Haar ist bis auf den fast kahlen Scheitelstrich ziemlich gut

conservirt, aber stark gleichmässig mit Grau gemischt. Durch die wenig lebhaften Augen, die starken, etwas hängenden rothen Backen, die niedrige Stirn, erhält das Gesicht den Ausdruck von Rohheit und Dummheit. Die Untersuchung des Körpers, welche sich auf die inneren Genitalien erstreckte, ergab keine bemerkenswerthe Abnormität.

Die Aeusserungen der pp. *Elsmann* bewiesen ein hinreichendes Verständniss für die ihr vorgelegten Fragen. Sie sprach gern und weitläufig, und bald nach Beginn des Gespräches völlig unbefangen über frühere wie spätere Begebenheiten aus ihrem Leben, ihre Eltern, Liebhaber, den späteren Mann, ihre Herrschaften, erwähnte gern, wie sie gegenwärtig den ganzen Tag beschäftigt sei, dass sie gern arbeite und der Kastellan des Detentionshauses gewiss mit ihr zufrieden sein müsse. Bei Erwähnung des von ihr begangenen Verbrechens brach sie wiederholt in Thränen aus. Der Gedanke an den Tod ihres Kindes lasse ihr Tag und Nacht keine Ruhe, sie müsse oft aus Herzensangst beten — (einige Reue und Bitte um Verzeihung ausdrückende Gesangbuchverse wurden hier wörtlich vorgetragen) — hoffe aber, dass ihr Herrgott ihr das vergessen werde. Sie würde Alles hergeben, Tag und Nacht arbeiten, wenn sie ihren Jungen wieder lebendig und mit ihren übrigen Kindern um sich haben könne. Sie sei ja sonst immer gut gegen alle ihre Kinder gewesen, habe ihnen stets satt gegeben und für Kleidung gesorgt, auch sie niemals hart behandelt. Auch die Vorhaltung, dass die Schwere ihres Verbrechens ihr doch vorher bei dem Gedanken an dasselbe bewusst und ihr doch schon aus der Bibel die auf diese That stehende Strafe bekannt gewesen sein müsse, gab sie dieses unter Jammern und Wehklagen zu, wiederholte das betreffende Gebot, welches sie ihrem Vater selbst öfter aus der Bibel vorgelesen habe, meinte

aber dann, *Pook* sei an allen ihrem Unglück Schuld, Gott werde ihr verzeihen und zugeben, dass man ihr gestatte, mit ihren Kindern wieder zusammen zu leben, wenn sie ihre Strafe abgesessen habe. Sie wolle auch Alles thun, was man von ihr verlange, arbeiten, bis sie nicht mehr könne u. dgl. m. Wiederholt klagte sie, dass sie keinen Besuch von ihren Kindern erhalte, und bat dringend, man möge sich doch für sie verwenden, dass diese sie im Detentionshause besuchen dürften.

Ueber die Gründe, so wie die Art der Ausführung des Verbrechens, liess sie sich in genauer Uebereinstimmung mit ihren Aussagen im „articulirten Verhör" aus. Stets kam sie darauf zurück, dass *Pook* an ihrem Unglück Schuld sei. Sie habe so viel für ihn gethan, ihn in reinem und ganzen Zeuge gehalten, Geld habe er so wenig gegeben, dass die Arbeit so gut wie umsonst gewesen sei. Er sei aber von Anfang an undankbar gewesen, sei von ihr gezogen und habe es mit der *Lina Meincke* gehalten; das sei der erste Dank für ihre Arbeiten und Auslagen gewesen. Auch ihre Tochter habe sie *Pook*'s wegen in das Stift gebracht, obwohl sie ein so gutes und fleissiges Kind gewesen sei. *Pook* habe immer so gesprochen, als ob er wieder zu ihr ziehen wolle, wenn sie allein wohne. Das Mädchen habe sie aber schon deswegen weggebracht, weil *Pook* Absichten auf sie gehabt und wiederholt gedroht habe, „dass er das Mädchen entjungfern wolle". Das Mädchen sei so hübsch und klug und viel zu gut für einen Menschen wie *Pook*.

Durch *Pook* sei zuerst der Gedanke in sie gekommen, ihren Sohn *Adolph* um's Leben zu bringen.

Pook habe gerade diesen Jungen am wenigsten leiden können und mehr als zuvor davon gesprochen, wieder zu ihr zu ziehen, wenn sie diesen Jungen los wäre. Als sie nun die Absicht geäussert, denselben wieder der

Armenanstalt zu übergeben, habe *Pook* sie ausgelacht und sie verspottet, dass sie so was denken könne. Nachdem sie erst freiwillig ihren Sohn aus der Armenpflege genommen, würde man sie schön anlassen, wenn sie ihn jetzt wiederbringen wolle; den Jungen habe sie einmal wieder und könne zusehen, wie sie ihn los würde. Wie *Pook* gegen den Knaben, so sei dieser besonders hässlich gegen *Pook* gewesen.

Es sei ein kluger Junge gewesen, der wohl gemerkt, was sie mit *Pook* treibe und weshalb sie so viel an ihn wende. Wiederholt habe er deswegen mit ihr gescholten und besonders viel in den letzten Wochen vor der Ausführung des Verbrechens. Sie glaubte und fürchtete immer, der Junge werde Alles verrathen und sie mit *Pook* unter die Leute bringen. Auch *Pook* habe dies gemerkt und ihr es wiederholt gesagt, „deswegen habe er auch den Jungen nicht ausstehen können.“ So habe sie *Pook*'s wegen ein so schweres Verbrechen gethan, und um einen so schlechten Menschen (wie sie ihn jetzt kenne) ihren guten Sohn um's Leben gebracht.

Ueber ihr Befinden während ihrer jetzt über ein Jahr dauernde Haft genau befragt, erwähnt sie nur, dass sie oft des Nachts aufwache und dann weine und bete, und zuweilen an Kopfschmerzen in der Scheitelgegend leide, besonders während ihrer monatlichen Reinigung. Das Unwohlsein habe sie aber weder vorher noch jetzt von ihren Arbeiten abgehalten. Sie klagte ferner über eine, in letzter Zeit zunehmende Gedächtnissschwäche, welche sich indess nicht constatiren liess, da das Gedächtniss für jüngst vergangene, wie weiter in der Zeit zurückliegende Ereignisse, — für die ihr vom Kastellan aufgetragenen Arbeiten, wie für die zur Confirmation auswendig gelernten Verse und Bibelstellen sich hinreichend fest und lebhaft erwies.

Die pp. *Elsmann* hat sich von Jugend auf einer gu-

ten Gesundheit erfreut und war niemals, ihre Wochenbetten abgerechnet, über die Dauer mehrerer Wochen hinaus arbeitsunfähig. Die Menstruation ist, so weit die Erinnerung der Angeklagten reicht, stets regelmässig gewesen, sie floss meist stark, hielt meist 5, oft auch 7 Tage an. Sie fühlte sich während derselben weder besonders angegriffen, noch litt sie an nervösen Beschwerden, wie fast stets mit abnormen Menstruations-Verhältnissen verbunden zu sein pflegen; sie erinnert sich nicht, jemals auf Grund derartiger Beschwerden auch nur einen Tag das Bett gehütet oder ihre Arbeit ausgesetzt zu haben. Eine der ärztlichen Untersuchungen fand gerade während einer solchen Periode statt; es war nicht möglich, irgend welche körperliche oder gemüthliche Veränderung bei der *Elsmann* nachzuweisen. Sie fühlte sich vollkommen rüstig und hatte gescheuert, bis sie zur Untersuchung abgeholt war. Auf Anfrage äusserte sie die Meinung, dass ihr Monatsfluss doch seit zwei Jahren wohl seltener und weniger reichlich gewesen sei. Die *Elsmann* hat sechs Wochenbetten durchgemacht, welche ebenso, wie die Schwangerschaften, völlig normal verliefen. Alle Kinder lebten gleich nach der Geburt; das erstgeborene, ein uneheliches Kind, starb wenige Wochen alt, die übrigen fünf wuchsen heran und leben heute noch bis auf den ermordeten Sohn *Adolph*.

Die Eltern der *Elsmann* waren rüstige, fast immer gesunde Leute und erreichten beide ein hinreichend hohes Alter. Weder bei ihnen, noch bei den übrigen Kindern, den Geschwistern der *Elsmann*, kam Geisteskrankheit, Epilepsie oder ein anderes diesen verwandtes nervöses, chronisches Leiden vor. Die Kinder der *Elsmann* waren von diesen oder anderen chronischen Krankheiten völlig frei geblieben.

Das Ergebniss des wichtigsten Theiles der ärztlichen Untersuchung, der unmittelbaren Beobachtung, liegt eben

so klar vor, als diese selbst einfach und durch keinerlei Nebenumstände complicirt war. Das Verhalten der *Elsmann* während dieser Beobachtungen zeigte auch nicht den leisesten Anhauch von Geisteskrankheit. Ihre geistigen Functionen, welche während mehrerer und längerer Unterredungen unter verschiedenen Veranlassungen wiederholt in Thätigkeit versetzt wurden, bewegten sich ganz in der Breite des gesunden geistigen Lebens. Bei aller Beschränktheit ihres Bildungszustandes hatte sie eine genügende geistige Auffassungsgabe für alle sie näher angehenden Verhältnisse; sie hatte gesunden Menschenverstand genug, um Menschen und Dinge, mit denen sie in Berührung kam, richtig zu behandeln und Nutzen aus ihnen zu ziehen. Trotz grosser sinnlicher Antriebe hat sie sich mit einem gewissen Geschicke bis zur letzten Katastrophe durchlavirt, sich vor Noth und drückenden Sorgen bewahrt und es vermocht, bei allen Wechselfällen ihres Geschickes eine gewisse äussere Anständigkeit zu bewahren. Sie ist nie eigentlich Bettlerin gewesen, sondern hat sich stets mit Erfolg durch tüchtiges Arbeiten über Wasser zu halten gewusst. — Diese Seite ihres Lebens hat sie trotz dem nur zu offen vorliegenden Hang zu grober Sinnlichkeit auch in einer gewissen Achtung vor Anderen und vor sich selbst erhalten, und fand dieses Selbstgefühl der tüchtigen Arbeit häufig genug Ausdruck in ihren Aeusserungen. Ueber Andere urtheilte sie billig und ihren eigenen Verhältnissen entsprechend; nur die Erinnerung an *Pook* hatte sich so mit ihrer jetzigen schrecklichen Lage verwebt, dass es oft schien, als hielte sie ihn wirklich für den wissentlichen Anstifter des Verbrechens. Zerlegte man aber dieses Verhältniss durch einzelne bestimmte Fragen, so erwies sich leicht, dass sie sich selbst in diese Täuschung, wie man zu sagen pflegt, hineingelogen hatte, da sie ihrem eigenen Gewissen gegenüber das Bedürfniss einer

wenigstens theilweisen Exculpation auf keine andere Weise befriedigen konnte.

Der Gedanke der verhängnissvollen That lässt sich im Bewusstsein der *Elsmann* durch alle Stadien mit hinreichender Klarheit verfolgen. Dass diese That ein schreckliches Verbrechen sei, hat sie sich selbst in keinem Augenblicke zu verhehlen vermocht. Es werden alle Vorbereitungen getroffen, um keinen Verdacht bei der nächsten Umgebung, den Arbeitgebern und selbst *Poock* zu erregen. Als ein unerwarteter Besuch des Letzteren die Umstände weniger günstig gestaltet, so wird die Ausführung um eine Woche verschoben.

Auch die Todesart und die Gegend derselben wird in demselben Sinne gewählt; einige Zufälle, welche Entdeckung befürchten liessen, sucht sie nach Kräften aus dem Wege zu räumen.

Der That fast auf dem Fuss folgte jene rastlóse Aengstlichkeit, gemischt aus Gewissensbissen und Furcht vor Entdeckung, welche Neulinge in Verbrechen zu den ungeschickten Versuchen, den Verdacht von sich abzulenken, antreibt, Versuche, welche nach alter criminalistischer Erfahrung auf eine charakteristische Weise den Verbrecher schon gebunden der Hand der suchenden Gerechtigkeit überliefern und denen, wie bei der *Elsmann*, das volle Bekenntniss auf dem Fuss folgt.

Gleich nach der That suchte die *Elsmann* die ihr Begegnenden auf eine fluchtartige Weise zu vermeiden, welche sofort die Aufmerksamkeit dieser Personen erregte, und sie zu werthvollen Zeugen stempelte. Nach Hause zurückgekehrt, eilt sie rasch zu *Pook*'s Wohnung, geht aber nicht selbst hinein, sondern lässt ihn rufen, eilt aber fort, ehe er dem Rufe Folge leisten konnte, weil sie keine Ruhe hatte.

Aber diese Ruhe fand sich zu Hause nicht: „sie

lief beständig Trepp auf Trepp ab". Sie schlief weder diese, noch die folgenden Nächte. Am Montag ging sie in ihrer „Angst und Unruhe" nach ihres Sohnes Lehrer, *Hahn*, um Erkundigungen einzuziehen, deren Erfolg sie wohl kannte. Sie arbeitet wieder, wie am Sonnabend, aber immer in Angst, ohne an Essen und Trinken zu denken.

Dann folgt am Dienstag der Gang zur Leiche ihres Sohnes, an welcher sie, von derselben Furcht getrieben, in so auffallender Weise den von Niemanden bis dahin gehegten Verdacht von sich zu entfernen sucht, dass unmittelbare Haft erfolgen musste. Das Bewusstsein der schweren Schuld trieb sie dann zuerst zum raschen vollständigen Bekenntniss, später wieder zum Versuch, durch Simulation von Geistesstörung den schweren Folgen ihrer That wenigstens vorläufig aus dem Wege zu gehen. Wesentlich wird sie noch jetzt von demselben Gemüthszustande reuevoller Angst beherrscht.

Ihre Aeusserungsweise über die That und ihre Folgen tragen durchaus das Gepräge der Wahrheit, sie sind in den übertriebenen Ausdrücken gehalten, in welchen Leute niederen Standes sich Luft zu machen pflegen, und Worte und Mienen lassen an dem Bewusstsein der Schuld, dem innigen Wunsch, um jeden Preis das Geschehene ungeschehen machen zu können, nicht zweifeln.

Wenn die *Elsmann* in einigen Verhören durch ihre Bitte um baldige Entlassung, „da sie nun Alles gesagt", ihre unklaren Vorstellungen von der ihrem Verbrechen entsprechenden Strafe kund gab, wenn sie noch jetzt den Gedanken an diese schwersten Strafen des Gesetzes von sich zu weisen scheint, so theilt sie diese Selbsttäuschung über den Grad der Strafe mit nicht wenigen beschränkten Verbrechern ihres Standes. Criminalisten und Gefängniss-Directoren ist es bekannt, wie häufig exorbitante Hoffnungen in Bezug auf Strafmilderung von

Erstlingsverbrechern an ein offenes vollständiges Bekenntniss der Schuld geknüpft werden. Diesem Umstande kann nicht einmal die Rolle eines entfernten Verdachtes auf eine etwa vorhandene Geistesstörung den zahlreichen und gewichtigen Thatsachen gegenüber eingeräumt werden, welche die geistige Gesundheit, oder richtiger ausgedrückt, die Abwesenheit einer Geisteskrankheit bei der *Elsmann* zur Zeit der That ausser Frage stellen.

Bei der Zahl und Entschiedenheit der Thatsachen, welche das Urtheil über den Geisteszustand der *Elsmann* und seine Beziehungen zur incriminirten That bestimmten, wäre es unnütz gewesen, Nebenumstände in die Discussion hineinzuziehen, da selbst einige dunkle oder abweichende Erscheinungen das Endresultat der ärztlichen Untersuchung nicht wesentlich abändern könnten. Mit der Feststellung dieses Endresultates: „geisteskrank oder nicht geisteskrank", ist indess nicht in allen Fällen der Grad der Aufklärung erreicht, welchen der Richter von Seiten der beurtheilenden Aerzte fordern kann. Der Richter verlangt zur Beruhigung seines Gewissens, dass der Arzt alle Zustände berücksichtige, welche eine Milderung des höchsten Strafmaasses gestatten, insofern sie selbst die volle Zurechnungsfähigkeit mehr oder weniger zu beeinträchtigen scheinen. Soll aber die erste Frage von der sogen. beschränkten Zurechnungsfähigkeit nicht in ein unbestimmtes Gerede über die gesetzliche Zurechnungsfähigkeit überhaupt ausarten, so handelt es sich wieder nur um eine Reihe krankhafter Zustände, welche erfahrungsmässig die Herrschaft des freien Willens beeinträchtigen, indem sie die Widerstandsfähigkeit gegen gewisse Reize schwächen, oder die Leidenschaft des erkrankten Individuums im Allgemeinen steigern. In diese Kategorie gehören u. A. die Gewohnheitssäufer, an Epilepsie oder anderen ihr verwandten Nervenkrankheiten Leidende. Kranke dieser Art pflegen ihre Schwäche selbst zu fürch-

ten, gehen meist der Versuchung vorsichtig aus dem Wege oder überlassen sich ihr nur unter gewisser Controle. In Familien mit starker Anlage für Geisteskrankheiten pflegen die nicht entschieden geisteskranken Mitglieder oft sämmtlich an dieser Art Gemüths- oder Geistesschwäche zu leiden. Meist pflegen indess die Verbrechen dieser Personen schon in der Art der Motivirung oder der Ausführung sich durch mancherlei Seltsamkeiten auszuzeichnen. Die Umstände, unter welchen die That der *Elsmann* zur Ausführung gelangte, erscheinen nicht so ungewöhnlicher Art, um den Verdacht zu rechtfertigen, dass eine krankhafte Veränderung im Organismus von wesentlichem Einflusse gewesen sei, selbst wenn diese Veränderung factisch bestände. Die Ausführung der That war so beschaffen, dass sie als ein wichtiges Moment für die Zurechnungsfähigkeit betrachtet werden musste. Die Motivirung weicht ebenso wenig von der Regel verbrecherischer Thaten ab. Es galt das Hinderniss aus dem Wege zu räumen, welches der Befriedigung einer sinnlichen Begierde im Wege stand. Alles war dazu angethan, diese Begierde und die Erbitterung gegen das Hinderniss zu steigern. Die starke natürliche Neigung zur Wollust musste durch die gelegentlichen Besuche des Liebhabers mehr entflammt werden, als wenn eine gänzliche Trennung stattgefunden hätte.

Dass der Wunsch, mit *Pook* wieder ganz zusammenzuwohnen, durch die Eifersucht gegen die *Lina Meincke*, zu welcher er gezogen war, seine rechte quälende Schärfe erhielt, lässt sich wohl voraussetzen. Schon durch seine Besuche erweckt *Pook* stets von Neuem die Hoffnung, es werde ihr gelingen, ihn wieder ganz für sich zu gewinnen. Dass ihre Kinder ihn abhielten, wieder zu ihr zu ziehen, hat er ihr oft zu verstehen gegeben.

Ihm zur Liebe hatte sie bereits früher einen jün-

geren Sohn und ihre Tochter weggeschickt, dann aber wieder ihren Sohn *Adolph* zu sich genommen, weil *Pook* doch nicht zu ihr zog und sie ein's der Kinder um sich haben wollte. Gegen dieses Kind fasste *Pook* bald eine besonders grosse Abneigung, drang wiederholt auf seine Entfernung und versprach bestimmter, als je zuvor, dass er zu ihr ziehen wolle, wenn sie den Jungen los wäre. Dieser Sohn war aber nun nicht blos ein passives Hinderniss, sondern drohte auch ein recht activer Störenfried zu werden. Die Unmöglichkeit, diesen Sohn anderswo unterzubringen, bildet das Hauptmotiv zur That, aber es ist nicht zu bezweifeln, dass der Aerger über die offenbare Opposition ihres Sohnes gegen ihr Verhältniss zu *Pook* und die Angst, jener werde darüber zu anderen Leuten sprechen und *Pook* ganz vertreiben, die *Elsmann* vom verbrecherischen Wunsch rasch und entschieden zur verbrecherischen That überführte.

Rohe Sinnlichkeit und Beschränktheit der Intelligenz, oder in derberer Fassung, Rohheit und Dummheit, bilden überall den fruchtbaren Boden des Verbrechens. Ob und wiefern diese leider nicht allzuseltene Combination die Zurechnungsfähigkeit beschränke, hat der Richter oder noch eher der Gesetzgeber zu bestimmen, ist aber in keiner Weise Sache der ärztlichen Beurtheilung. Diese hat lediglich darüber zu entscheiden, ob gewisse Handlungen sich im Zustande der Abhängigkeit von gewissen krankhaften Vorgängen des Organismus befinden.

Bei der *Elsmann* bestehen nun überhaupt keine krankhafte Zustände des Nervensystems, denen man eine derartige Deutung geben dürfte. Das Fehlen dieser nervösen Zustände aber in der ganzen Familie der *Elsmann*, sowohl in auf- als absteigender Linie, darf nach allen Erfahrungen als ein Grund mehr angesehen werden, die Constitution der *Elsmann* nach dieser Seite hin, als eine

Ueber das Delirium acutum*).

Von

Dr. H. Schüle,

Hülfsarzt in Illenau.

Schon seit den ältesten Zeiten unserer Wissenschaft existirt die Schilderung einer Krankheit, deren vorwiegende Symptome in einer tiefen Störung der Hirnfunctionen bestehen, und die in meist sehr acutem Verlaufe einen äusserst perniciösen Charakter darbietet. Mit der Bezeichnung *Phrenitis* war wohl ein Name, aber keine bestimmte Fixirung der wesentlichen Symptome gefunden. Diese musste aber um so schwieriger werden, je umfänglicher für die klinische Casuistik das Material anwuchs, indem nicht blos primäre Symptomencomplexe der *Phrenitis* sich dem Arzte darboten, sondern das betreffende Krankheitsbild auch sehr oft als secundärer oder complicirender Process einer anderen Organerkrankung sich anschloss.

Es kann hier nicht Aufgabe sein, die Geschichte der *Phrenitis* von *Hippocrates* an, bei dem dieser Ausdruck schon vorkommt, vorzuführen. Es wäre dies reichlicher Stoff für eine eigene Bearbeitung. Diese würde zeigen, wie der Krankheitsbegriff immer mehr ein vager werden

---

*) Vortrag, auf der Local-Versammlung in Carlsruhe am 26. März d. J. gehalten.

musste, da man getreu der gerade herrschenden Doctrin immer frische Ausgangspunkte für die Untersuchung wählte, und zwar immer nur für die oder jene empirische Krankheitsreihe, worauf man den Befund des Einzelfalles aber sofort generalisirte. Das Resultat ist die grosse gegenwärtige Verwirrung, die kaum in irgend einem Gebiete grösser sein kann, als eben hier. Es ist zwar wohl ohne Zweifel in der in Rede stehenden Krankheitsform selbst mitbegründet gewesen, indem sie so sehr oft nur Vages, Unselbständiges darbot; aber gerade deshalb muss sie, so gut es eben geht, abgegränzt und so, weil weniger leicht direct aufklärbar, durch Anlehnung oder Einbeziehung in die umgränzenden bekannteren Gebiete des nosologischen Systems dem Verständniss näher gebracht werden.

Wenn ich heute selbst mit einem Versuche hiezu vorangehe, so geschieht es vorzugsweise, um Ihre Aufmerksamkeit dieser *pars minor* unserer Pathologie wieder zuzuwenden und für gegenseitige Belehrung anzuregen. Es wird Ihnen nichts wesentlich Neues sein, was ich vorbringe, aber vielleicht hat in solch schwebenden Fragen auch das Alte ein Recht der Behauptung, besonders wenn — wie gerade für diese Frage — aus unserer Anstalt ein hinlängliches Material an guten Krankheitsberichten zur Verwendung und Verarbeitung bereit steht.

Was ist *Delirium acutum*? Ist es eine bestimmte Krankheitsklasse, eine bestimmte Krankheitsform, hat es seine Sonderstellung, weil es unter gar keine Rubrik des übrigen nosologischen Systems passt?

Von einer bestimmt formulirten pathologisch-anatomischen Anschauung können wir nicht zur Beantwortung dieser Frage schreiten. Die mehrfachen Versuche, die in der Literatur nach dieser Richtung verzeichnet sind,

haben die Unfruchtbarkeit dieses Standpunktes für unseren vorliegenden Zweck dargethan. Die pathologisch-anatomische Frage ist vielmehr ein Problem, dessen Lösung erst nach gründlicher Sichtung und Ordnung des klinischen Materials unternommen werden darf. Der einzige Weg ist der klinische.

Auf diesem haben wir ohne vorgefasstes Schema, ohne apriorische Hinneigung zu der oder jener Vereinigungs- oder Trennungsweise das uns zu Gebote stehende Material untersucht.

Es ergab sich dabei, dass unter der grossen Reihe von Krankheitsbildern, die man unter dem Namen *Delirium acutum* zusammenwarf, sich ein bestimmter abgränzbarer Symptomencomplex herausfinden liess. Bald trat dieser complicirend zu einem anderen Leiden, so zu einem schon vorhandenen Cerebralleiden, oder zu einer peripheren Erkrankung; bald zeigte er sich scheinbar isolirt, idiopathisch, bei einem vorher nicht erkrankten Individuum. Durch alle individuellen Nüancirungen liessen sich die einzelnen Bestandtheile desselben nachweisen, so dass demselben eine wesentliche Stellung zum ganzen Processe nicht abzusprechen war. Eine Detailbeschreibung desselben wird uns somit das bieten, was unsere nächstgestellte Aufgabe nach einer klinischen Analyse des Sammelnamens *Delirium acutum* verlangt. Das Bestreben, möglichst reine Formen als Ausgangspunkt unserer ganzen Untersuchung zu gewinnen, wird uns zunächst die sogenannten idiopathischen Fälle dabei berücksichtigen lassen.

Dieser charakteristische constante Symptomencomplex bezieht sich nun

I. auf die Störung der psychischen Functionen;
II. auf die Störung der motorischen Functionen;
III. auf die Störung der vegetativen Processe;
IV. auf den acuten Verlauf;

V. auf die Remissionen während desselben;
VI. auf den durchweg perniciösen Charakter.

Beginnen wir nun mit der genaueren Analyse.

I. Die Störung der psychischen Functionen.

a) Nach direct psychischer Seite.

Alle Kranken deliriren — daher auch der Name für die ganze Krankheitsgruppe. Die Form des Deliriums ist so charakteristisch, dass wir demselben, trotz des Widerspruchs von *Jensen*, einen pathognomischen Werth vindiciren müssen. Parallel den zwei unten zu erörternden speciellen Krankheitsgruppen ist der Typus desselben ein zweifacher. Das Delirium des ersten Typus hat einen ruhigen, träumerischen Charakter; es bewegt sich in zusammenhangslos angereihten Reproductionen, zwischen die sich hin und wieder eine Apperception, aber mit kaum dämmernder Klarheit einschiebt. Sehr oft erhält — nach der Reaction des Kranken zu schliessen — eine dieser aufstrebenden Vorstellungen hallucinatorische Evidenz; dann spinnt sich der Traumzustand wieder fort in dissolutem Gang ohne Associationsgesetze; bald geht selbst die Deutlichkeit der Worte verloren, neugebildete, meist ganz sinnlose, mischen sich ein, bis mit der Unverständlichkeit des Inhaltes auch der Klang derselben verloren geht und einem monotonen Lispeln, zeitweise durch auffahrende Schreilaute unterbrochen, Platz macht. Es ist unschwer in diesem Typus des Deliriums, das einer ganzen Gruppe der unter unserem Krankheitsnamen verzeichneten Fälle angehört, die grosse Analogie mit dem Fieberdelirium schwerer acuter Krankheiten zu erkennen. — Desto schärfer charakterisirt sich der zweite Typus, dem die grössere als *Delirium acutum* aufgeführte Zahl von Kranken angehört. Im Gegensatz zum vorigen trägt dieser den Charakter der Aufregung, und zwar constant mit der speciellen Eigenthümlichkeit einer aus-

gesprochenen maniakalischen oder melancholischen Färbung. Beide Varianten machen eine gesonderte Besprechung nothwendig. Beginnen wir mit der maniakalischen Varietät.

Gegenüber dem gehobenen Selbstgefühl des *Maniacus*, gegenüber dessen bunter Ideenflucht, der bei allem Vorstellungsdrange doch nie die Associationsgesetze und vor Allem ein centraler Vorstellungskern, von dem aus das ganze Delirium gleichsam innervirt ist, mangelt, imponirt in unseren Fällen das Abrupte, Zerfahrene, Einheitslose. Ohne Faden und Zusammenhang werden die Vorstellungen aneinander gereiht, meist nur halbe Sätze, sinnlos und unverständlich, oft sind die halben Sätze schon nur aus sinnlosen zusammengeworfenen Worten gebildet; finden noch Associationen statt, so geschehen diese nach dem Gesetze der oberflächlichsten Assonanz, meist aber fehlt auch diese, und das Delirium bewegt sich nur in Worten, die meist in erschöpfendem Reimzwang bis zur absoluten Unverständlichkeit festgehalten werden, oder es sind nicht einmal Worte, sondern blos unarticulirt hervorgestossene Töne, Schreilaute, die oft längere Zeit den einzigen Modus psychischer Entäusserung — gleichviel auf welchen Anreiz — bilden.

Die Gegenwart eines auch inhältlich bestimmt gefärbten Deliriums ist vorzugsweise der melancholischen Varietät eigen. Fast durchgängig ist die Färbung eine dämonomanische, meist mit dem Charakter grosser Angst. Aber auch hier ist das Delirium durch das exquisit Fragmentarische sehr marquirt von dem analogen einer einfachen activen Melancholie unterschieden. Man entdeckt bald, wie sich unter dem Angst- und Jammerrufen des Kranken eine nur ganz oberflächliche Ideenassociation hindurchzieht; ja es schieben sich zwischen den intensivsten Depres-

sions-Aeusserungen irrelevante, kaum damit zusammenhängende Vorstellungen ein, mit denen aber der Kranke in gleicher Werthschätzung rechnet. Die Art, wie dieselben zur Aeusserung treten, ist der maniakalischen analog. Wie dort die einzelnen Fragmente bunt zusammengewürfelt, meist nur im Zwange der Assonanz verkettet, hervorgestossen werden, so wird auch hier das Schema des depressiven Affects, das in den einfachen Melancholieen nie verloren geht, nicht mehr eingehalten; die geäusserten Vorstellungen gleichen vielmehr hier psychischen Entladungsstössen, ohne Faden, gebrochen, oft direct sich widersprechend.

Suchen wir von diesen hiemit in den Hauptzügen skizzirten Charakteristiken der einzelnen Deliriumsformen unserer Krankheit zu einem alle umfassenden Allgemeinzeichen aufzusteigen, so kann dieses nur in einer hochgradigen Störung des Bewusstseins gelegen sein. In diesem kurzen, wenn auch weniger scharfen Ausdruck lässt sich am bezeichnendsten der den beiden letzten Typen eigenthümliche Mangel aller inneren Association, die Einheitslosigkeit zusammenfassen, wie in demselben *eo ipso* der traumartige Charakter des ersten Typus enthalten ist. Er theilt mit dem Delirium die symptomatologische Wichtigkeit und hat deshalb auch mit diesem eine cardinale Bedeutung für unsere Krankheitsgruppe. Die grosse Bewusstseinsstörung ist somit als pathognomisches Zeichen voranzustellen. Es ist aber dieser aus der Analyse des Deliriums genommene Factor vor Allem zur richtigen Charakterisirung der Anfänge der Erkrankung sehr wichtig; ebenso bildet er während der im Verlaufe des *Delirium acutum* nie fehlenden lichteren Momente, in denen oft alle anderen Zeichen zurücktreten, den zuverlässigsten diagnostischen Anhaltspunkt. Er macht den Beobachter darauf aufmerksam, dass der Kranke zwischen

richtigen Antworten auch wieder sinnlos und unverständlich spricht, dass er in demselben Athemzuge die grössten Widersprüche äussert, ohne dadurch afficirt zu werden. Oft nähert sich dadurch der Charakter der Bewusstseinsstörung derjenigen eines Paralytischen, besonders wenn, wie in den meisten Fällen, sehr bald die Taxation der gebrauchten Worte mangelt; ja sie hat meist noch einen schwereren pathologischen Charakter, insofern der Kranke sehr oft die Worte für die einfachsten Gegenstände nicht mehr findet, ängstlich nach einem Ausdrucke ringt und, ohne ihn gefunden zu haben, nachlässt, — als ob er nichts mehr schuldig wäre.

In den höchsten Krankheitsgraden verschwindet selbst das Bewusstsein der geläufigsten, eingeübtesten Localgefühle; der Kranke, nach dem Ohre befragt, greift nach der Nase, oder sagt: er habe keinen Mund — oder er streckt, statt die Hand zu geben, die Zunge heraus.

Dieses letztere führt uns auf die Aeusserung der Bewusstseinsstörung

b) nach somatischer Seite hin,

insofern sie sich in der Handhabung des motorischen Apparats kennzeichnet. Wie das Delirium, ist auch diese für unsere Krankheit pathognomonisch. Das kranke Sensorium verliert die Schätzung der Muskelgefühle und die Disposition über die Bewegungen. Dadurch wird es selbst zu den einfachsten präcisen motorischen Aeusserungen unfähig. Der Kranke weiss nicht mehr das Quale und das Quantum seiner Muskeln zu bemessen. Gelingt es, ihn zu einer Action zu veranlassen, so sind die Bewegungen plan- und ziellos, oft im Effecte geradezu sich hemmend, ohne dass der Kranke es zu ändern verstände. Die Bewegungen der Extremitäten werden zitternd und unsicher, weil ihnen das Maass fehlt, und der Kranke weder einen Zweck sich vorsetzen, noch — wenn vorübergehend dunkle

Bewegungsanschauungen aufstreben — die richtige Auswahl zu deren Erreichung treffen kann.

II. In allen Fällen aber leidet das motorische System auch noch direct. Dies die zweite Hauptsymptomengruppe.

Die Motilitätsstörungen sind sehr mannigfaltig. Beinahe nie Lähmungen oder Paresen, mehr ataktische Störungen und heftiger Tremor; noch häufiger, besonders in einer Gruppe sind klonische convulsivische Zustände verzeichnet; meist partiell und meist intermittirend auftretend. Am häufigsten finden sie sich im Gesicht und an den Extremitäten: daneben kommen aber auch tonische Convulsionen vor, mit Verdrehen des Kopfes, tetanischer Streckung und Rückwärtsverkrümmung der Wirbelsäule — dazwischen auch Contracturen einzelner Muskelgruppen, besonders im Gesicht und an den Extremitäten. Dazu kommt als weiteres pathognomonisches Zeichen für sehr viele Fälle (1. Gruppe) eine sehr gesteigerte Reflexerregbarkeit. Auf alle Reize, seien sie äusserlich, oder innerlich, erfolgen reflectorische Entladungen, von wechselnder Stärke und Inanspruchnahme aller, der direct erregten Gruppe zugehörigen Mitbewegungen. Dadurch entsteht das gewaltsame, anscheinend so höchst widerstrebende Verhalten der Kranken und der „furibund tobende Zustand“ derselben, wie er meist geschildert wird. Schon das Anfassen des Kranken, z. B. um seine Lage zu verbessern, ruft reflectorische Entladungen hervor, die oft so rasch und so intensiv sich steigern, dass er kaum mehr zu bewältigen ist. In dieser gesteigerten Reflexerregbarkeit liegt — nicht der ausschliessliche — aber in vielen Fällen doch hauptsächliche Grund der Nahrungsverweigerung. So wie nämlich der Bissen die Lippen berührt, entstehen reflectorische und associrte Bewegungen, so dass der Bissen gar nicht in den Mund gebracht, oder, wenn letz-

teres auch gelungen, nicht geschluckt werden kann. Beim Versuch, den Kranken aufzurichten, wird der Rücken tetanisch steif. In gleicher Weise werden auch durch innere Reize die motorischen Aeusserungen gestört. Besonders auffallend ist diese Störung in Mimik und Physiognomik. Fast alle Kranken schneiden Grimassen, d. h. sie zeigen eine Gesichtsverzerrung, die im Effecte weit über der Innervationsgrösse eines noch so gesteigerten Affects hinausliegt. Mit Recht ist von jeher diesem Symptom eine grosse diagnostische Dignität zuerkannt worden, im angegebenen Zusammenhang wird auch seine Genese klar. — Damit ist aber die Symptomatologie der gestörten motorischen Functionen für unsere Krankheit noch nicht erschöpft. Vorübergehend — oft auch andauernd — stellen sich auch noch dunkle psychische Intentionen, träumerisch aufstrebende Vorstellungen ein, die in motorische Actionen sich umzusetzen streben. Die letzteren aber sind selbst in der oben beschriebenen Weise direct schon pathologisch abgeändert, und können deshalb die psychische Intention auch nur in krankhafter, durch die gesteigerte Reflexerregbarkeit und die vielen Mitbewegungen auf's mannigfachste modificirter Weise beantworten. Es ist klar, dass auf diese Weise ganz eigenthümliche, von der physiologischen Mimik durchaus verschiedene Bewegungen zu Tage treten müssen, und es erhellt daraus, wie es im Einzelfalle oft schwer ist, die dunklen Reizeffecte der Cerebralaffection und die motorischen Coeffecte aus dieser und den dunkeln psychischen Intentionen zu sondern. Und doch ist gerade diese Eigenthümlichkeit der motorischen Actionen für unsere Krankheit charakteristisch. — Auf diese zweifache Weise der näheren Genese sind nach klinisch - praktischer Richtung, besonders die so sehr

häufigen monotonen schnellenden oder stossenden Rumpf- und Extremitätenbewegungen zurückzuführen, die, Tage lang fortgesetzt, kaum beschränkt werden können, da die äussere Beschränkung in der Regel als neuer Reiz wirkt.

Die Systeme der unwillkürlichen Muskeln sind gleichfalls gestört. Fast in allen Fällen kommt Gaumensprache durch Parese des Gaumensegels vor, ferner sind Schlingbeschwerden sehr häufig verzeichnet. Der Darm ist meist obstipirt, die Blase vorübergehend insufficient. — Die Respirationsbewegungen sind besonders auf der Krankheitshöhe ungleich, oft aussetzend, dann wieder rasch beschleunigt, bald tief und langsam, bald rasch und oberflächlich. Die Pupillen zeigen nichts Constantes, mehrfach ist Ungleichheit verzeichnet, nie Verziehung, nie Hippus.

Constant ist nun für alle Fälle

III. das tiefe Mitergriffensein des Organismus. — 3. Hauptsymptomengruppe.

Die Kranken collabiren rasch, wobei besonders in einer Krankheitsreihe (2. Gruppe) die Nahrungsverweigerung eine grosse Rolle spielt. Von gleich mächtigem Einfluss ist aber das bald von Anfang vorhandene, bald erst hinzutretende, nur in sehr wenigen, schon auf der Grenzlinie stehenden Fällen, wie es scheint, ganz fehlende Fieber, das nach den thermometrischen Bestimmungen aus einigen unserer jüngsten Fälle bis über 40° C. ansteigt. Ein ferneres Moment der Kräfteconsumtion bildet die grosse Jactation und der dadurch gesetzte Verbrauch von Muskelsubstanz, der keine Compensation findet. Die Folge davon muss eine immer tiefere Störung des Blutlebens sein. Hierin liegt besonders für die zweite der nachher anzuführenden Gruppen ein wichtiges Element zur Erklärung einer Reihe von klinischen Symptomen. Der angstvoll ge-

quälte, durch centrale psychische oder centrale somatische oder auch wieder periphere Reize zu übermässigem Aufwand von motorischer Kraft gezwungene Kranke, in hohem Fieber, beinahe keine Nahrung geniessend, bietet die grösste Analogie mit dem zu Tode gehetzten Wilde. Auf die grosse Störung der Blutmischung weisen die so häufig an ganz leicht nur gedrückten Hautstellen bald auftretenden Sugillationen, die Ecchymosen und der oft schon nach den ersten Tagen rasch sich ausbreitende *Decubitus* hin. Dabei ist die Circulation meist eine beschleunigte, der Puls bald voll, bald klein, selten aussetzend. In der einen Gruppe erreicht er gewöhnlich bald eine sehr hohe, gegen den lethalen Ausgang hin sich noch steigernde Frequenz, wobei er aber meist hart und gespannt bleibt; in der anderen ist er Anfangs weniger frequent, weicher, aber auch hier gewinnt er später bei schlimmer Krankheitswendung an Frequenz und Kleinheit. Zwei Fälle sind in der Literatur verzeichnet von anhaltend auffallend langsamem Pulse.

IV. Das 4. Hauptsymptom ist der rasche und dabei remittirende Verlauf mit dem perniciösen Charakter.

Gewöhnlich nach einem Prodromalstadium von wechselnder Dauer tritt der charakteristische Symptomencomplex mit plötzlicher Heftigkeit auf, und verläuft innerhalb 1—2 Wochen. Dabei sind nie fehlende Remissionen fast pathognomonisch. In jedem der uns vorliegenden Fälle ist zwischen die heftigsten Stürme hinein eine Besserung verzeichnet, ein Nachlass aller Krankheitssymptome, der leicht täuscht, aber den erfahrenen Beobachter wegen der Unmittelbarkeit des Eintritts, ohne allen Uebergang, mit Bedenken erfüllt. Die Delirien cessiren, ruhige Antworten, richtige Apperceptionen, wenn auch mit sehr geschwächtem, vermindertem Bewusstsein erfolgen, an die Stelle der

Zwangsbewegungen treten wieder physiognomisch und mimisch charakterisirte motorische Aeusserungen; dabei lässt die Frequenz des Pulses nach, und die Temperatur kann von 40° C. auf 38° und darunter sinken. Dieser frappante Wechsel der intensivsten Stürme mit ruhigen Momenten ist sehr charakteristisch. In einigen Fällen aus der jüngsten Zeit ergeben sich uns solche auffallende Thermometerschwankungen oft zwischen 2—3 Stunden wechselnd.

Der weitaus häufigste Ausgang ist der lethale. Dieser tritt oft schon in den ersten Tagen der Erkrankung ein, gewöhnlich innerhalb der ersten zwei Wochen. Der Tod erfolgt meist durch Erschöpfung der Kräfte, hin und wieder — nach Schilderung einiger Autoren, wie von *Jensen* — durch einen apoplektiformen Anfall nach vorgängiger Remission. Den letzteren Ausgang haben wir hier nie beobachtet, in einer ziemlichen Reihe von Fällen liessen die stossweisen Inspirationen mit enormer Beschleunigung der Pulsfrequenz auf ein schliessliches Ergriffenwerden des Respirations- und Vagus-Centrums schliessen. — Uebergang in andere chronische Gehirnkrankheiten mit eigenthümlicher Geistesstörung, in der Elemente aus dem Symptomenbilde des *Delirium acutum* persistent wurden, haben wir, — Uebergang in *Dementia* haben wir mit anderen Beobachtern, — Uebergang in *Paralysis generalis incompleta* einige französische Schriftsteller aufgezeichnet. — Aber auch Genesungen sind von Anderen und wiederholt auch von uns beobachtet worden. —

Dieser hiermit zu Ende skizzirte Symptomencomplex ist es nun, der die constante Grundlage für die manigfaltigen klinischen Bilder abgiebt, die man *Delirium acutum* zu nennen gewohnt ist. Statt eines Namens haben wir jetzt eine Reihe zusammengehöriger Symptome.

Sehen wir nun die **empirischen Krankheitsbilder** nach, aus denen jene abstrahirt sind. Wir beginnen aus dem praktischen Grunde der Einfachheit unserer Schilderung mit den idiopathischen Fällen. Diese treten nach unserer Erfahrung klinisch in **zwei** Gruppen auseinander.

A. Nach einem kurzen Vorläufer-Stadium mit Unruhe, leichter Reizbarkeit, oft gehobener freudiger Stimmung, bei dem nur selten ein intensiver Kopfschmerz, fast constant aber eine auffallende Gedächtnissschwäche den funesten Ausgang ankündigt, tritt plötzlich ein furibunder Anfall auf, mit dem Charakter der höchsten tobsüchtigen Erregung: Delirien, jagende Vorstellungsflucht, hastiger Bewegungsdrang, heftige Kopfcongestionen, vermehrte Pulsfrequenz und Temperatur-Erhöhung künden gleich in den ersten Tagen die wahrscheinlichste Localisation und die drohende Schwere derselben an. Bald ist bei dem sehr acuten Verlauf der charakteristische Symptomencomplex entwickelt. Das Delirium wird zerrissen, sinnlos, schliesslich nur noch in einzelnen abrupt vorgestossenen Worten, oft einfachen Schreilauten sich bewegend nach folgendem Beispiel: „Wie sie mähnen nach dem Tönen — des Handschlags den ganzen Tag — sie machen gerade das Ueberschlagen fertig — Engel — Tod — Wasser — Luft — Feuer — Wasch, Wasch, Wasch, — Schweiss, Schweiss ins Gesicht, scheiss, nein stink, nein, dedi, dedi, dedi. Vater, itz, dsch, dsch, dsch etc. u. s. f." Dabei tobt der Kranke Tag und Nacht, zerstört, zerschlägt, tritt um sich — Alles dies mit einer Unmittelbarkeit und Maasslosigkeit, dass die Bewegungen nicht durch unterlaufende Vorstellungen, sondern nur durch einen directen organischen Zwang im Centralorgan vermittelt sein können. Dazwischen kommen kurze Pausen der Abspannung; bald aber, oft durch den kleinsten Reiz, wird die motorische Unruhe

auf's Neue geweckt. Für diese Gruppe ist die Erhöhung der Reflexerregbarkeit, die wir eben betonten, vorzugsweise charakteristisch. Das Bewusstsein ist vollständig getrübt und kehrt höchstens in den Remissionen wieder, aber um sehr selten über die Schwelle von träumerischen Apperceptionen und Reactionen sich zu erheben. Wie zwischen die heftigsten Tobsuchtsparoxysmen solche Intermissionen von Ruhe und dämmernder Klarheit treten, so wechseln auch comatöse Zustände mit jenen in unvermitteltem Uebergang. Immer aber kehren die excessiven, motorischen Entladungen wieder. Das von Anfang der Krankheit vorhandene Fieber steigt rasch auf 40° C. und höher, mit steil abfallenden Curven, bei denen aber nie die Normaltemperatur nach unten erreicht wird. Die Körperernährung nimmt rasch ab, besonders durch den enormen Muskelverbrauch. Die Nahrungsaufnahme ist durch die mit dem Acte des Schlingens reflectorisch miterregten Muskeln sehr erschwert; der Kranke ist meist nur in den Remissionszeiten im Stande etwas zu nehmen; oft beobachtet man dann, dass die vorübergehend gespannten Mund-, Wangen-Muskeln in der Contractur nachlassen, und der Kranke in überstürzender Gier das Dargebotene hineinschlingt. — Der Puls ist frequent, von Anfang an gespannt und wenig voll, später steigt die Frequenz zunehmend, während er immer härtlich bleibt. – In specie charakteristisch sind für diese erste Gruppe die bedeutenden motorischen Störungen in der Form tonischer und klonischer Convulsionen. Damit wechseln Contracturen; dann wird auch dazwischen einmal die Beweglichkeit wieder frei, aber die Bewegungen bleiben ungeeignet und planlos in Folge der tiefen Bewusstseinsstörung. — Der Verlauf, sich bewegend in den angegebenen Symptomengruppen und durch täuschende Remissionen sehr marquirt, ist gewöhnlich ein

sehr acuter und meist lethaler; entweder schliesst Sopor oder eine von den Respirations-Centren ausgehende Lähmung die Scene.

B. Die zweite Gruppe hat der eben beschriebenen gegenüber wesentlich klinische Differenzpunkte. Ueber das *Stad. prodr.* wird unten noch ausführlicher verhandelt werden. Gewöhnlich schliesst sich die eigentliche Krankheit mehr in successiver Genese an, doch kommen auch plötzliche Ausbrüche bei vorausgegangener Disposition vor. Das Delirium selbst tritt in zweifacher Form auf, und dem entsprechend zeigen die übrigen Erscheinungen neben einem gemeinsamen auch ein differentes Krankheitsbild. Gemeinsam für beide — und also für die ganze Gruppe — ist die Färbung des Deliriums, die durchgehends eine melancholische ist.

a) Die Kranken der einen Unterabtheilung bieten im Beginne der Erkrankung das Bild einer activen Melancholie dar, mit dem Wahne: dass sie verloren seien, auf schreckliche Art zu Grunde gehen müssten, verdammt, besessen seien. Dabei heftige Angst und Unruhe, bei der gleich anfangs die Rücksichtslosigkeit in der Wahl der Mittel, die der Kranke als Reaction gegen seine Angst ergreift, die hohe Bewusstseinsstörung, und darin das Cardinalsymptom unserer Krankheit ankündigt. Das Delirium zeigt dieselbe Hast: — in einem Athemzuge reihen sich die Vorstellungen der kaum denkbaren, dem Kranken bevorstehenden Qualen an einander, dann kommt plötzlich wieder eine Pause — und schon sind die eben noch ausgestossenen Angstrufe vergessen; der Kranke wird auf Anrufen zu Perceptionen vermocht, deren kaum träumerische Deutlichkeit aber zeigt, dass weder der vorige, noch der jetzige Zustand bis zu bewusster Auffassung sich zu erheben im Stande waren. Bald wird die Dissolution noch auffälliger, und es ent-

wickelt sich immer vollständiger das oben in der allgemeinen Symptomatologie geschilderte Delirium des melancholischen Typus. Die psychisch-motorischen Aeusserungen tragen dasselbe Gepräge des bald Excessiven, bald Insufficienten in den Leistungen; entsprechend dem Zerrissenen, nicht percipirten Gange der Vorstellungen sind sie abrupt und ziellos. Auf der Krankheitshöhe geht das psychische Gepräge derselben ganz verloren; sie werden schnellend, stossend, und so oft, mit einer zufällig fixirten Vorstellung associirt, in endloser Wiederholung vorgebracht.

b) Diesem Krankheitsbild entgegen tragen die Kranken der anderen Unterabtheilung die Erscheinungen einer stupiden Melancholie. Ruhig liegen sie da, nur schwach auf äussere Reize reagirend, zeitweise verzerren sie das Gesicht und stossen Angsttöne aus, aber ohne denselben weiteren Nachdruck zu geben. Ihrem Delirium gehört der erste der in der allgemeinen Symptomatologie beschriebenen Typen wesentlich zu. In träumerisch-apathischem Zustande sind sie gegen alle äussere Einwirkung verschlossen. Zeitweise murmeln sie leise vor sich hin, oder verharren in langsam ausgeführten, anscheinend symbolischen Haltungen der Extremitäten. Aber die grosse Bewusstseinsstörung zeigt sich auch in den wenigen Aeusserungen. Alle Bewegungen, besonders auf forcirte äussere Eindrücke, sind ziellos und unzweckmässig, man erkennt wohl die dunkele psychische Intention, aber es fehlt die präcise motorische Anschauung. Interessant ist bei diesen Kranken, wenn in der gestörten Motilität die Coeffecte von den durch den directen centralen Reiz afficirten Bewegungsformen und dem in dunkelen Intentionen fortwirkenden psychischen Wahn, der sich zu entäussern strebt, hervortreten. Da entstehen dann jene ganz eigenthümlichen, nicht in's

Einzelne zu schildernden Bewegungen, auf die in der allgemeinen Symptomatologie hingewiesen wurde.

In den übrigen Symptomen, und so auch im Weiterverlauf der Krankheit, haben die beiden Unterabtheilungen sehr viel Gemeinsames. Beiden gemeinsam ist in erster Reihe die gleich anfangs vorhandene Nahrungsverweigerung. Die Genese dieses constanten Symptoms ist aber hier eine andere, wie in den Fällen der maniakalischen Gruppe. Dort war es durch das in Folge der gesteigerten Reflexerregbarkeit vereitelte Zusammenwirken der zugehörigen Muskelgruppen bedingt, hier ist es deutlich die Gewalt des Wahns, die dem Kranken obstinat die Zähne verschliesst. An diese eine klinische Differenz zwischen beiden Krankheitsreihen schliessen sich gleich noch zwei andere an. Dort waren die in selbständigen Contracturen, klonischen Convulsionen einzelner oder grösserer Muskelgebiete sich ausprägenden Motilitätsstörungen ein vorstechendes Zeichen — hier kommen diese Formen beinahe gar nicht vor; die motorischen Störungen zeigen sich vorwiegend in mangelhaftem Zusammenarbeiten verbundener Muskelsysteme in Ataxieen, Insufficienzen der von psychischer Seite angesprochenen Muskeln. Die zweite Differenz betrifft das Fieber; dort war es gleich vom Anfang der Erkrankung vorhanden und sehr intensiv, hier tritt es bei der ersten Unterabtheilung erst im Verlaufe hinzu und erreicht nur vorübergehend die Höhe der vorigen Fälle; in der zweiten Unterabtheilung dagegen scheint es ganz zu fehlen, die Haut ist kühl anzufühlen (Temperaturcurven fehlen in unseren hierher gehörigen Aufzeichnungen), die Extremitäten und andere periphere Theile des Stammes sind bläulich, gedunsen, kalt*). Unter sich selbst haben

*) Wir werden durch dieses letzte Charakteristicum im Weiter-

die beiden Unterabtheilungen der melancholischen Reihe, wie bereits bemerkt, im weiteren Verlauf die wesentlichen Symptome gemeinsam. In erster Linie die rasche Abnahme der Körperernährung; das Fettpolster schwindet, der Kranke wird schon nach den ersten Tagen zu schwach, selbst für geringe motorische Leistungen. Lippen und Zunge werden fuliginös, es entsteht *foetor ex ore* — die Obstipation der ersten Tage geht sehr oft in Diarrhöen über. Die Respiration wird rascher, oberflächlicher und ungleich, meist noch durch bronchitische oder pneumonische Processe erschwert. Der anfangs mässig frequente, weiche Puls wird immer frequenter und kleiner. Am Kreuzbein stellt sich mit auffallender Schnelligkeit *Decubitus* ein, an den Füssen treten Sugillationen auf, in einem Falle waren Petechien über die ganze Haut zerstreut; sehr oft entstehen da und dort rasch sich vergrössernde Abscesse mit dünnem, jauchigem Eiter, in einem unserer jüngsten Fälle über das ganze retropharyngeale Zellgewebe verbreitet; die Drüsen der Halsgegend, in einem Falle auch die *Parotis*, schwellen an; an der *Conjunctiva* stellen sich schleimig-eitrige Blennorrhöen ein; Sehnenhüpfen an den Extremitäten; *secessus inscii*.

Der Verlauf ist durch die im allgemeinen Theile besprochenen Remissionen mit frappirendem Nachlass der Symptome ausgezeichnet. Im Allgemeinen ist er weniger acut, wie bei der vorigen Gruppe; die Acme zieht sich aber bei lethalen Fällen nie über die zweite Woche hinaus. Das Delirium behält im Wesentlichen seinen obigen Charakter bei, nur verliert es immer mehr seine erregte Färbung; der Kranke wird still, apathisch,

---

gange unserer Entwickelung den natürlichen Uebergang zu der nächstverwandten, dem übrigen nosologischen System zugehörigen Krankheitsreihe vermittelt finden.



starke Reize rufen keine Reaction mehr hervor. Der Tod erfolgt langsam, in den weitaus meisten Fällen an Erschöpfung, in anderen auch von complicirenden Brustaffectionen, auch durch secundäre Processe von den Eiterheerden aus.

Ueberschauen wir diese beiden Hauptgruppen, in denen die Krankheitsbileer des *Delir. acut.* sich klinisch ausprägen, so zeigen sich alsbald die charakteristischen Allgemeinpunkte, die wir eben vorausschickten. In beiden drängt sich die grosse Bewusstseinsstörung der Kranken hervor mit der eigenthümlichen Deliriumsform, sodann die Alteration der motorischen Aeusserungen, das tiefe Mitergriffensein des Organismus, der acute, perniciöse Verlauf. Aber dafür haben sich im Concreten auch Differenzpunkte ergeben. Dort maniakalisches Delirium, hier melancholisches; dort sthenischer Charakter des ganzen Processes, hier ausgesprochen adynamischer; dort ein Symptomencyclus, der klinisch immer nur auf den einen Cerebralprocess sich zurückzieht; hier eine Symptomenreihe, in der neben den Zeichen aus einer Centralaffection auch die aus einem schweren Allgemeinleiden enthalten sind. So sind wohl die Allgemein-Charaktere unseres vorausgestellten typischen Symptomencomplexes erhalten geblieben, aber im Concreten liessen sie sich nur in zwei klinisch getrennten Krankheitsreihen auffinden.

Untersuchen wir, wie sich hiezu die pathologisch-anatomischen Ergebnisse verhalten.

Was in der letzteren Richtung allenthalben geschah, hat viele Mühe gekostet, aber bis jetzt wenig Positives gebracht. Positiv ist allein der Nachweis durch alle Sectionen, dass es keinen Allgemein-Befund für alle Fälle giebt, dass zwar in den meisten Autopsieen bemerkbare Veränderungen da sind, solche aber

auch schon gefehlt haben, wenigstens für die makroskopische Untersuchung.

Am meisten noch findet man in den Literaturaufzeichnungen die zarten Hirnhäute verändert, bald im Zustande einfacher Injection, besonders in der Ausdehnung der *lobi anter.*, bald in ödematöser Durchfeuchtung. Auch die schliessliche pathologisch - anatomische Deutung war eine vielgestaltige. Bald suchte man in der sichtbaren Hyperämie der Häute oder des Hirnes selbst die Ursache der Krankheit, bald sollten die Pacchionischen Granulationen die Zeugen des dagewesenen inflammatorischen Processes gewesen sein, bald die kleineren oder die grösseren Ecchymosen in dem zwischen den Häuten liegenden Zellgewebe. Bald war die Erweichung der oberflächlichen Corticalschicht, die stellenweisen Erosionen derselben das für die klinischen Zeichen angerufene Sectionsergebniss.

Wir haben zu demselben Zwecke auch unsere Autopsieen, deren eine ziemlich bedeutende Anzahl vorliegt, durchgesehen und die Resultate zusammengestellt. Da trat uns beim epikritischen Studium dieser Sectionsergebnisse, wenn auch nicht durchgreifend, doch für eine hinreichende Anzahl von Fällen das interessante Resultat entgegen, dass eine gleiche Scheidung des anatomischen Befundes sich aufwies, wie bei der klinischen Symptomatologie; dass mithin der klinischen Trennung der Gruppen auch pathologisch-anatomische Verschiedenheiten entsprechen. So war für die erste Gruppe in einer Reihe der reinsten Fälle die vorwiegende Betheiligung der zarten Meningen, und fast immer der *Corticalis*, besonders in der obersten Schichte derselben, charakteristisch. Hyperämieen der *Pia mater* und *Arachnoidea* bis zu den feinsten Verzweigungen, theilweise mit seröser Durchfeuchtung, besonders auf den Vorderlappen, sehr oft auch mit

leichter milchweisser, diffuser oder auch punktförmig umschriebener Trübung entlang dieser Partieen, vorstechende röthliche Farbe der *Corticalis* oft mit Erweichung des Gefüges, Adhäsionen der *Pia* an einzelnen Stellen der Vorderlappen mit leichten Trübungen.

Dagegen war für die zweite Gruppe der Befund an den Meningen sehr oft negativ, oder eine schwache Hyperämie mit vorwiegend venösem Charakter; mehrfach ist auch Vermehrung des Cerebrospinal-Liquors und der Ventrikelflüssigkeit verzeichnet. Die *Corticalis* wird dabei bald röthlich, bald graulich geschildert, oft erweicht. Häufiger dagegen ist schmutzige Färbung der Marksubstanz, meist mit zäher Consistenz, seltener mit Erweichung, gewöhnlich mit Hyperämisirung notirt. Mehrmals kommen in den Fällen beider Gruppen Granulationen der Meningen und eben solche in den Ventrikeln vor; aber die einschlägigen Fälle sind keine anamnestisch reinen, und deshalb zu Rückschlüssen nicht verwendbar.

Dagegen zieht sich durch den Sectionsbefund in den extracerebralen Organen wieder eine für beide Gruppen wichtige Differenz.

Die Fälle der ersten Reihe repräsentiren in den reinsten Formen immer ausschliessliche Hirnaffectionen, während die der zweiten Reihe ausnahmslos noch andere pathologische Resultate aufweisen. In allen letzteren Fällen — sowohl in unseren eigenen, wie in denen aus der Literatur — ist eine schmierige dunkle Blutfarbe mit geringer Consistenz und spärlicher schlaffer Gerinnselbildung verzeichnet; sodann kommen in mehreren exquisiten einschlägigen Sectionen Ecchymosen vor, mehrmals in den Hirnhäuten, einmal im *Pericardium*, dreimal in den Peritonäalfalten der Adnexen des *Uterus*, einmal Petechien über den ganzen Körper. Ausserdem ist für diese zweite Gruppe unter unseren Fällen zweimal *Diphtheritis recti*, mehrmals lobuläre und lobäre Pneu-

monieen mit raschem Zerfall, mehrmals acute Darmcatarrhe verzeichnet. Ganz besonders ist hier des häufigen Menstrualbefundes in den Sexual-Organen zu gedenken. — Schwellung der Milz ist nirgends notirt, ziemlich häufig jedoch die hyperplastische Vermehrung und seröse Durchfeuchtung beider oder einer Submaxillardrüse. —

Versuchen wir von diesen Ergebnissen nun einen Rückschluss — der zwar in Hirnkrankheiten immer so äusserst precär ist — auf die klinischen Symptome, so überrascht doch die Uebereinstimmung und wechselseitige Aufklärung. So entspricht der vorwiegenden Affection der Meningen und der *Corticalis* in der ersten Gruppe sehr gut der klinische Symptomencomplex, den wir oben aus der letzteren hervorgehoben: die Erscheinungen im Delirium, das Abrupte, Verworrene, — sodann die motorischen Symptome, voran die gesteigerte Reflexerregbarkeit und die zeitweiligen convulsivischen Zufälle; alles dies weist schon für sich auf einen acuten Hirnreiz hin, der in der idiopathischen Encephalo-Meningitis sein nächstes Analogon hat.

Dagegen trägt das Delirium der zweiten Gruppe mit seinem, wenn noch erhaltenen, doch immer träumerisch geschwächten Bewusstsein, mit der Vorstellungsfolge ohne innere Association und Perception, mit den unzweckmässigen, ziellosen Bewegungen mit Insufficienzen und Ataxie derselben, im Zusammenhalt mit den integrirenden extracerebralen Krankheitszeichen, dem schnellen Collapsus mit dem adynamischen Fieber, dem raschen *decubitus*, der borstig belegten Zunge, dem *foetor ex ore*, den *secessus inscii*, den häufig gegen Schluss auftretenden Diarrhöen: — ein exquisites Bild eines Consumtionsfiebers — dessen nächstes Analogon der Hungertyphus und die Inanitions-

vorgänge sind*). Dieser klinischen Reflexion entspricht dann sehr zutreffend der negative Befund einer selbständigen Meningealaffection, die Dissolution des Blutes, die Neigung desselben zu Ecchymosen, die diphtheritischen Processe und die kachektischen Pneumonieen.

Die Consequenz dieses anatomischen Befundes und dieser Epikrisen ist, dass wir jetzt für die beiden concreten Typen, in denen das *Delirium acutum* klinisch auftrat, eine präcisere Stellung im übrigen nosologischen System erhalten. Unsere erstere maniakalische Gruppe gehört in die Reihe der encephalo-meningitischen Processe der internen Medicin, unsere zweite melancholische in die Reihe der Consumtionsfieber, vielleicht der typhösen Processe. Es bewährt sich so auch von anatomischer Seite her, dass in der ersten Gruppe der Hirnprocess als eine directe primäre Meningeal- und Cortical-Affection, in der zweiten als ein mehr secundärer, durch das Mittelglied eines gestörten Blutlebens vermittelter zu betrachten ist, oder auch: jene ist als eine Cerebralaffection durch einen directen, der Entzündung vielleicht verwandten, Reiz aufzufassen, die letztere als ein consumtives Allgemeinleiden mit Hirn-Irritation durch ein zersetztes Blut.

Aber wo bleibt jetzt der einheitliche Begriff eines *Delirium acutum* als abgeschlossenen Krankheits-Ganzen, von dem wir ausgingen? Er ist im Verlauf unserer Entwickelung gefallen und aufgelöst. Die gemeinsame Gruppe von Hauptsymptomen, die wir voranstellen, ging in den concreten Krankheitsbildern nach zwei Richtungen auseinander.

---

*) Wenn wir die erst kürzlich erschienene Arbeit von *Becquet* über dieses Thema anziehen, so bildet die zweite Unterabtheilung unserer melancholischen Gruppe in allen wesentlichen Symptomen das nächste Uebergangsglied.

Wir können jetzt nur sagen, dass es — vom klinisch-anatomischen Standpunkte aus — in der Meningitis- und in der Typhus-Reihe Fälle giebt, für die jene charakteristischen Symptome anzusprechen sind, für die aber bis hierher kein Grund vorliegt, sie in eine eigene neue Klasse zusammenzuwerfen, die vielmehr in ihren übrigen klinischen und anatomischen Differenzen festzuhalten sind.

Wir schliessen aber damit nicht ab, denn es erwächst uns ein neuer Gesichtspunkt für unsere kritische Entwickelung durch Einbeziehung des ätiologisch-genetischen Moments. Fürs erste erhalten wir durch dieses einen neuen, unsere seitherige Auffassung unterstützenden, Factor. So haben wir in den reinsten Fällen unserer maniakalisch-meningitischen Gruppe besonders zwei ätiologische Momente vertreten gefunden, die anerkannt in der Genese der idiopathischen Meningitis mit die wichtigste Rolle spielen: — es ist Insolation in drei Fällen, und übermässige geistige Anstrengung in zwei Fällen. — Eine davon ganz differente Aetiologie finden wir in unserer melancholisch-typhösen Reihe verzeichnet. Während dort primäre, das Hirn direct irritirende Momente sich nachweisen lassen, gehen hier immer andere pathologische Körperzustände voraus, oder mit einher, bald allgemein, bald mehr local. In auffallend häufiger Anzahl ist körperliche Noth und Mangel verzeichnet; oder es gingen Kachexieen — wie von Intermittens — voraus, mehrfach auch der schwächende Einfluss des Puerperiums und der Lactation: — lauter Factoren, aus denen erfahrungsgemäss eine tiefe Störung des Blutlebens resultiren muss. Es ist schwierig, bei dem gegenwärtigen Stande unseres Wissens die Effecte einer solchen Blutalteration zu überschauen. Wir wissen nur aus klinischen Thatsachen, welche sich, wie aus *Becquet's* Arbeit vom vorigen Jahre hervorgeht,

immer mehr ansammeln, dass Inanitions-Vorgänge einerseits einer der wichtigsten Folgezustände jener tiefeingreifender Krankheiten, andererseits aber die Quelle der schwersten, secundären Nervenprocesse sind. Der Inanitions-Zustand muss aber, da sich eine mangelhafte Ernährung des Nervensystems nicht ohne Rückwirkung ihrerseits auf das Blut denken lässt, sich in einem *circulus* bewegen, der prognostisch immer perniciöser wird. Es ist eine erprobte Beobachtung, wie in vielen Melancholieen, die auf weit vorgeschrittenen chloroanämischen Zuständen beruhen, die oft bis zur peripheren Cyanose gesteigerte mögliche Blutvertheilung — wie wir sie auch in der zweiten Unterabtheilung unserer zweiten Gruppe begegneten — ein hervorragendes klinisches Symptom bildet. Nehmen wir dann dazu die in allen diesen hochgradigen Fällen vorkommende verminderte Respirationsgrösse, so muss wohl mit grösster Wahrscheinlichkeit aus diesen beiden Factoren eine Aenderung in der Zusammensetzung der Blutgase resultiren, wodurch zur quantitativen noch eine qualitative Aenderung in der Blutmischung hinzukommt. Ja, diese Effecte werden noch grösser, wenn wir die Folgen der mangelhaften Ernährung aus Nahrungsverweigerung, welche gerade die uns beschäftigende Gruppe constant complicirt, hinzurechnen. — Wir verkennen bei diesen Theorieen nicht das noch Unzulängliche, Unbewiesene, aber sie deuten wenigstens eine mögliche Erklärungsweise an, wie eine veränderte Blutmischung, deren ätiologische Prävalenz für die Genese unserer zweiten Reihe von *Delirium acutum* - Fällen nach unseren Erfahrungen feststeht, in dieser Dignität auch durch die klinischen Thatsachen unterstützt wird. Es liesse sich in dieser Richtung besonders die oben schon berührte Analogie mit dem Hungertyphus mit Modificationen des exanthematischen Typhus, wie diese

besonders von den Schilderungen aus Oesterreichisch-Schlesien bekannt sind, hervorheben, — eine Analogie, der wir die Benennung unserer ganzen einschlägigen Gruppe, als einer typhoiden, entnahmen. Für unseren gegenwärtigen Zweck genügt es aber hier, die ätiologische Thatsache zu urgiren, dass — entgegen der directen Einwirkung einer Noxe auf das Gehirn, als Causalmoment für unsere erste Reihe — für unsere zweite eine primäre extracerebrale Erkrankung mit Alteration der Blutmischung das wahrscheinlich direct Veranlassende ist.

Diese eben urgirte Thatsache ist aber nicht blos in ihren Rückschlüssen auf unsere früheren klinischen Ergebnisse von grossem Interesse, sondern sie enthält zugleich auch eine directe Förderung für unsere oben bereits angedeutete nosologische Gesammtanschauung unserer Krankheit. Unstreitig liegt in der Thatsache, dass es, wie oben citirt, eine Reihe der verschiedenartigsten Erkrankungen giebt, die unsere Krankheit einleiteten, die Aufforderung zur weiteren Untersuchung nach dieser Richtung, respective zur Verlegung unserer Frage vom klinischen Boden auf den ätiologischen.

Wir haben diesem zweiten Standpunkte beim Studium der Krankheitsberichte unserer Anstalt und der Literatur deshalb eine specielle Aufmerksamkeit zugewendet. Es kann sich, da es heute vorzugsweise einer Frage weiterer Bedeutung — die Fixirung oder Auflösung eines allgemeinen nosologischen Begriffs — gilt, nicht um Einzelheiten handeln, und so begnügen wir uns, blos das Hauptresultat dieses kritischen Ganges vorzulegen: dass der von uns als charakteristisch vorangestellte und fixirte Symptomencomplex noch in einer beträchtlichen Reihe anderer Krankheiten vorkommt; *von* extracerebralen, hauptsächlich bei Pneumonie

und beim Abdominaltyphus*). — Freilich dürfen durchaus nicht alle im Gefolge der genannten Krankheiten auftretende Deliriumszustände nur in dieses eine unsrige Schema unterschiedlos einbezogen werden — und hierüber hat Dr. *H. Weber* in den Med. chir. Transact. 1865 sehr dankenswerthe Mittheilungen gemacht, — aber doch gewiss eine sehr grosse Zahl derselben, und es ist interessant, in den einschlägigen Krankheitsgeschichten sogar ganz analoge Typen, wie wir dieselben oben des Genaueren schilderten, wiederzufinden: maniakalische und melancholische Formen, und beiden Symptomen-Reihen gemeinsam den constant acuten, perniciösen, meist fieberhaften Verlauf. Gemeiniglich, doch nicht immer — wie in der Arbeit von *Dumesnil* —, schliessen sich dieselben an die Ausgänge jener Grundkrankheiten an, an die Lösungs- und Convalescenzstadien, und es liegt nahe, in der grossen Kräfteconsumtion nach solchen Fiebern, in dem durch diese und gewiss auch durch den localen pathologischen Process alterirten Blute den näheren ätiologischen Zusammenhang zu suchen. Thatsächlich sind auch dabei die unserer typhösen Reihe symptomatologisch verwandten Krankheitsbilder die am häufigsten vorkommenden. Meist aber tragen dazwischen andere Symptomengruppen den evidenten Charakter unserer meningitischen Fälle, — eine klinische Thatsache, die ohne Zweifel in der jenen Processen meist an sich schon integrirenden Meningealaffection den Grund hat. Dies letztere gilt besonders für Abdominal-Typhus und Pneumonie, daher hier auch so gemischte klinische Bilder unter den complicirenden Hirnprocessen geschildert werden.

Vor Allem aber sind, was uns Psychiatern noch

---

*) In der neuesten Arbeit von *Chéron* „Sur la folie consécutive aux maladies aigues" ist das *Delir. acut.* nicht berücksichtigt.

näher steht, die chronischen Gehirnkrankheiten als Krankheitsprocesse aufzuführen, in denen vorübergehend oder abschliessend unser charakteristischer Symptomencomplex sich einstellt. Besonders gehört hierher die *Paralys. progr.*, das *Delirium tremens*, die Hysterie mit Lage- und Gewebe-Veränderungen des *Uterus*, besonders zur Menstrualzeit. Wir citiren für die letztere Richtung nur die schöne Arbeit von *L. Meyer:* „über acute tödtliche Hysterie", in *Virchow*'s Archiv.

Im Ganzen muss man sagen, dass die Complication einer einfachen, besonders einer chronischen Psychose mit dem Symptomencomplex des *Delirium acutum* keine so häufige ist, als man bei einem schon bestehenden Hirnleiden zum Voraus anzunehmen geneigt wäre; immer müssen noch directe neue Hirnreize, wie Insolation und allgemein schädliche Potenzen, wie deprimirende Gemüths-Affecte, oder körperlich schwächende Momente (in erster Reihe gehören sexuelle Excesse hierher) hinzukommen; aber dann kann auch ein Symptomencomplex, respective eine Umänderung der schon bestehenden Cerebralsymptome eintreten, die mit dem unserer sogenannten idiopathischen Fälle als vollständig identisch bezeichnet werden muss.

Jetzt ist das Gebiet nach seinen Hauptbeziehungen abgesteckt, und wir können Umschau halten. Ausgehend von einem einheitlichen charakteristischen Symptomenganzen, sehen wir dieses concret in zwei klinisch und anatomisch getrennte Gruppen sich sondern, die an zwei andere Klassen des übrigen nosologischen Systems sich anschliessen. Als wir dann nachher den Ausgang zu weiteren Fragen vom ätiologischen Gebiet aus unternahmen, da wurde die Trennung eine allgemeine, indem eine Reihe anderer Processe, theils mit primären, theils mit secundären Hirnaffectionen in-

tercurrirend das Bild des *Delirium acutum* zeigte. Was als allgemeiner Symptomencomplex etwas generell Abgeschlossenes zu repräsentiren schien, fiel schon in seinen nächsten concreten Krankheitsbildern nach zwei anderen verschiedenen Krankheitsgruppen; diese wurden allmälig immer zahlreicher und so die Aussicht auf ein eigenes abgeschlossenes Krankheitsganze immer weniger erreichbar.

Die Frage drängt zum Abschluss. Von der klinischen und pathologisch-anatomischen Seite mehren sich die Zweifel an der Möglichkeit einer Fixirung unserer Krankheit als eines eigenen Krankheitsgenus; aber wir erhalten auch keine weitere Stütze, wenn wir den charakteristischen Symptomencomplex selbst noch näher kritisch zerlegen. Jedes seiner Zeichen weist auf eine Cerebralaffection hin, aber wir vermissen in jenem klinischen Complexe jedes neue Charakteristicum, das der neuen Spezies zur Stütze diente. Störung des Bewusstseins ist ein Allgemein-Symptom, das einer grossen Reihe von Cerebralleiden zukommt; die motorischen Störungen sind gleichfalls ein viel verbreitetes Krankheitszeichen. Nicht minder ist dasselbe bei der Mittheilnahme der vegetativen Processe der Fall, die an und für sich schon keinem Central-Processe allein angehörig, theils in ihrem genetischen Zusammenhange zu einer weiteren Schlussverwerthung zu dunkel, theils, wie auch in unserem speciellen Falle, die Resultanten aus mehreren Ursachen sind. Die beiden ersten Symptomen-Reihen haben allerdings in den *Delirium acutum*-Fällen etwas sehr Charakteristisches, aber doch eigentlich nur gradweise Verschiedenes von ihrem analogen Auftreten in anderen Cerebralleiden. Es ist schwer, für diese eben betonte Verschiedenheit einen passenden Ausdruck zu finden. Die Bezeichnung eines reflectorischen Charakters ist nicht ganz zutreffend. Aber sie drückt

wenigstens das Zwangsmässige aus, mit dem die psychischen und motorischen Aeusserungen in unseren Fällen erfolgen. Und dies ist doch das beiden Symptomenreihen in letzter Instanz specifisch Charakteristische. Wir erinnern uns, dass es für die meisten Typen unserer Krankheit eigen war, dass die psychische Innervation für den Gang des Deliriums wie für den Modus der Bewegungen fehlt: dort als Mangel eines durch die sich hin- und herdrängenden Vorstellungen hindurchwirkenden geistigen Kernes, hier als Mangel der physiognomischen und mimischen Gestaltung. Wenn wir nun aber die gleichcharakterisirten Symptomenreihen auch in anderen Central-Erkrankungen wieder finden, bei denen, wie in den neuralgischen Dysphrenieen der Sexual-Gruppe*) dieses Herabsinken der motorischen Aeusserungen auf die Reflexstufe in steter Abhängigkeit von sensiblen Reizen, und als ein nur dem tieferen Ergriffenwerden der intellectuellen Functionen parallel gehendes, höchst wahrscheinlich darin begründetes Symptom deutllich zu verfolgen ist: so fällt hiemit auch für diese letzten Zeichen-Reihen die Sonderstellung hinweg. Dieselben weisen vielmehr in der besprochenen Charakterisirung nicht auf eine qualitativ gesonderte, sondern ganz allgemein auf eine bestimmte höhere Intensitäts-Stufe, die eine Cerebral-Erkrankung erreicht hat, hin, — auf eine Stufe, bei der die psychischen und psychisch-motorischen Effecte nicht mehr eine höhere Bewusstseinsschwelle erreichen, um nach der einen Seite nach den immanenten Associationsgesetzen sich auslösen, nach der anderen die durch bewusste Hebung erhaltene Form und Harmonie erreichen zu können. Daher

*) Worüber nächstens ausführlicher.

dort das Abrupte, hier das Reflexähnliche. Auf diesen tieferen centralen Reiz deuten ohnehin schon die directen Motilitätsstörungen, und derselben Ursache darf dann auch vielleicht die Theilnahme des vegetativen Systems, vielleicht auch das Fieber und der acute perniciöse Verlauf zugeschrieben werden, obgleich, wie schon bemerkt, die letzteren Factoren noch aus anderen Componenten zusammengesetzt sind.

Nach dieser Darlegung würde das *Delirium acutum* respective der ihm charakteristische Symptomencomplex kein neues Genus, sondern nur einen neuen Modus auch sonst vorkommender Cerebralsymptome bezeichnen, — aber wieder nicht im Allgemeinen, sondern eines bestimmten Complexes von solchen. Ob nun diese letztere Thatsache dennoch wieder nach einem anzustrebenden abgeschlossenen Krankheitsganzen drängt? Wir wollen Ihrer Entscheidung hierin nicht vorgreifen; sollten wir aber unsere Wahl treffen müssen, so würde diese — und zwar aus vorwiegend praktischem Grunde — der ersten Alternative zufallen.

So wäre denn, als Endresultat unserer Untersuchung, das *Delirium acutum* keine Krankheit *sui generis*, sondern als ein bestimmter pathologischer Modus der Symptomen-Variation bei Cerebralaffectionen aufzufassen. In diesem Sinne können wir deshalb von jeder Hirnerkrankung, sei sie primär oder secundär, sobald sie den bestimmten Symptomencomplex zeigt, sagen: sie ist in das *Delirium acutum* übergegangen. Wir glauben, dass diese Auffassung am consequentesten aus dem Gang unserer seitherigen Entwickelung folgt, dass sie vor Allem aber praktisch am fruchtbarsten ist. Durch sie ist jedes Dogmatisiren, jede scrupulöse differentielle Diagnostik, ob einfacher oder entzündlicher Hirnreiz, ob *Delirium acutum* oder *Delirium simplex*, oder *Febris nervosa* vorhan-

den, unnöthig geworden; die Symptomatologie ist wesentlich vereinfacht; das nosologische System ist um keine neue Krankheitsgruppe, die als ein Accidens der verschiedenartigsten sonstigen Erkrankungen wohl eine symptomatologische Präcisirung aber keine geschlossene Abgrenzung zulässt, reicher geworden. Auch die sogenannten idiopathischenFormen können keinen Gegengrund gegen diese Auffassung abgeben; denn ihre Zutheilung zu meningitischen und andererseits zu Inanitionsprocessen, wie das letztere namentlich von *Thulié* versucht wurde, macht dieselben fassbarer, verständlicher, und vor Allem therapeutisch verwerthbarer. Ebensowenig hat die speciellere Symptomatologie, die aus diesen beiden Gruppen zu erlernen ist, an Werth verloren, denn sie zeigt sich auch für die pathogenetisch secundären Formen anwendbar und zu genaueren klinischen Anhaltspunkten werthvoll.

Um nun den praktischen Nutzen der von uns empfohlenen Anschauung zu betonen — nehmen wir statt aller Beispiele nur eines der gebräuchlichsten: eine einfache Manie! Wie viel ist hier an diagnostischem Scharfsinn aufgewandt worden, um präcise Abgränzungspunkte gegenüber dem *Delirium acutum* zu gewinnen! Und es spricht doch die vorurtheilslose klinische Beobachtung — wie dies auch mehrfach schon ausgesprochen wurde — gegen eine jede solche künstliche Trennung. Sehr oft gehen eben thatsächlich jene beiden Zustände in einander über, man sieht: wie der Kranke plötzlich zu fiebern beginnt, wie der Puls sich ändert, das Delirium incohärent wird, die Bewegungen den reflectorischen Charakter annehmen; mit anderen Worten: die Symptomengruppe, die als *Delirium acutum* zusammengefasst ist, tritt auf — sei es als blosse quantitative Steigerung seither schon vorhandener oder als erst neu hinzutretende Erscheinungen. Und wie aufwärts, so lässt sich auch abwärts dieselbe zusammenhängende Reihe wieder ver-

folgen: das Fieber lässt nach, der Puls sinkt, das Delirium und die Bewegungen erhalten wieder ihren physiognomischen Charakter — d. h. die Krankheit ist aus dem Stadium des *Delirium acutum* (aus diesem bestimmten Modus des Auftretens und der Combination von Cerebralsymptomen mit dem Charakter der Gefahr) wieder herausgetreten.

Lassen Sie mich hier zugleich in Kürze der therapeutischen Gesichtspunkte gedenken, die, ganz auf unsere im Seitherigen dargelegte pathologische Anschauung gegründet, durch mehrere erfreuliche Genesungen die Richtigkeit der ersteren — wenn anders diese Schlussweise *a posteriori* zulässig ist — bewährt hat. In den Fällen der meningitischen Form, die genesen sind, wirkte die fortgesetzte Anwendung der Kälte mit in Zwischenräumen wiederholter Application von 2 bis 3 Blutegeln hinter den Ohren sehr günstig, daneben schien das Opium, 2 bis 3 Mal täglich wiederholt, bis zu 35 Gtt. *pro dosi*, die Unruhe und die gesteigerte Reflexerregbarkeit am meisten herabzusetzen. Einige Male schiendas Opium günstiger zu wirken in der Verbindung mit kleinen Dosen Calomel. — Für die Fälle der zweiten Reihe passte diese Kur nicht; hier galt es die Blutmischung zu bessern, zunächst durch Hebung der Ernährung. Ueberwindung der Nahrungsverweigerung, wenn nothwendig durch die Sonde, ist deshalb hier Hauptindication, die in einem Falle unserer jüngsten Beobachtung allein zum Ziele führte. War dadurch den dringendsten Zeichen genügt, so reihten sich mit Vortheil die Analeptica, vor Allem China mit Säure an. In einer noch späteren Zeit wirkte sodann das Opium im vollen Sinne des Wortes als Tonicum für das geschwächte *Cerebrum*, meistens in der zweckmässigen Verbindung mit Malaga. Das diätetische Regimen fordert für die erste Gruppe eine leicht nährende Fieber-Diät, für

die zweite, wie selbstverständlich, Roborantien mit möglichst hohem Ernährungswerth.

Wenn ich hier noch nicht abschliesse, so geschieht es, weil ich, falls die vorgeschlagene Auffassungsweise Ihre Billigung finden sollte, noch eine grosse Aufgabe für die wissenschaftliche Forschung als Consequenz des Vorgetragenen anfügen muss. Wie jede Körperfunction ihre somatischen Ursachen voraussetzt, so jedes Krankheitssymptom seine zugehörige pathologische Veränderung Das *Delirium acutum*, wenn auch nur als diese bestimmte Variante von combinirten Cerebralsymptomen aufgefasst, erfordert nichtsdestoweniger eine genaue somatische Begründung. Dieser Nachweis fehlt bis jetzt noch. Es ist wohl nicht denkbar, dass eine Störung, die schwerer wie jede andere in die cerebralen Functionen eingreift, ohne jedes Residuum ihrer Wirksamkeit verlaufen sollte. Wir haben zwar Meningeal- und Cortical - Hyperämieen, wissen auch aus der internen Medicin, welche grosse, oft rasch tödtliche Läsionen solchen Blutüberfüllungen folgen können, aber wir wollen damit nicht eine weitere Nachforschuug für erledigt halten. Sollte wirklich ein Fund gelingen, so wäre für das Verständniss der Krankheit etwas Entscheidendes gewonnen, dann könnten wir beim Auftreten jener funesten Symptome sagen: hier hat die Hirnaffection in der und der Weise tiefer gegriffen, hier hat ein Fortschritt stattgefunden, der, weil so und so somatisch bedingt, den schwersten prognostischen Ausdruck bietet. — Für die Lösung dieser angeregten Frage kann aber gewiss nur die mikroskopische Untersuchung etwas leisten, und es freut uns, gerade aus unseren oben versuchten Darlegungen auch den Weg ablei-

ten zu können, den diese mühsame Forschungsmethode zunächst wird einhalten müssen. Insofern nämlich für die meningitisch-irritativen Formen die vorzugsweise Betheiligung der weichen Hirnhäute und der *Corticalis* als wahrscheinlichste anatomische Grundlage festzuhalten ist, so wird hier die sorgsamste Untersuchung der Gefässverhältnisse und die Bedeutung der so häufigen weisslichen Trübungen in's Auge zu fassen sein. Von da aber muss sich die Untersuchung wesentlich auch in die *Corticalis* erstrecken, und es wird hier vor Allem das genaue Studium der von der *Pia* in die *Corticalis* sich einsenkenden Gefässe in ihrem Verhältnisse zu den adnexen Neuroglia-schichten wichtig sein. *Leidesdorf* in Wien hat bereits eine hierher bezügliche Angabe veröffentlicht, indem er wirklich eine Vermehrung der Neuroglia-Kerne um die Gefässe herum in der *Corticalis* beobachtet haben will. Bis jetzt ist diese Angabe noch vereinzelt, aber sie ermuntert durchaus zur Weiterprüfung.

Für unsere zweite Gruppe ist es schwerer, einen speciellen Untersuchungsweg vorzuschlagen. Doch hat uns eine von *Virchow* im diesjährigen Januarhefte seines Archiv's gegebene Beobachtung über „congenitale *Encephalitis* und *Myelitis*" sehr zum Nachdenken angeregt. Die Veränderungen im Markparenchym der Hemisphären, die der genannte Forscher in rasch tödtlich verlaufenden Fällen von acuten Exanthemen beobachtet hat, und die er auf eine Fettmetamorphose der Neuroglia-Zellen in der Marksubstanz zurückführt, sind ganz geeignet, die Erklärung der seither sonst so räthselhaften perniciösen acuten Kopfsymptome in den bezeichneten Krankheiten anzubahnen. *Virchow* selbst regt zu weiterer Untersuchung besonders auch in den Fällen von dem sogenanten Hy-

drocephaloid der kleinen Kinder an. Wir haben bei der grossen Analogie der rasch tödtlichen Kopfzufälle bei kleinen Kindern mit denen unseres melancholisch-typhoiden Deliriums den Wink sehr beherzigt, und möchten denselben heute auch gerne unseren verehrten Collegen zur geneigten Mitbeachtung unterbreiten.

Literatur.

Generalberetning fra Gaustad Sindssygeasyl for Året 1865, ved *Ole Sandberg*, Director. (Generalbericht vom Gaustad Asyle für Geisteskranke, vom Jahre 1865.) Christiania, 1866. 26 Seiten in 4.

Dieser Bericht enthält in der Einleitung eine Uebersicht über die Einnahmen und Ausgaben, welche die Anstalt im Jahre 1865 gehabt hatte, der einige wenige Bemerkungen beigefügt sind.

In der medicinischen Abtheilung bemerkt Herr *S.*, dass die Behandlung und Verpflegung der Kranken ungefähr dieselbe gewesen sei, wie in den Jahren zuvor und dass auch Zwangsmittel ungefähr auf gleiche Weise und eben so häufig wie früher in Anwendung kamen. — Die Anzahl von sämmtlichen im Laufe des Jahres behandelten Kranken betrug 449, von welchen 263 in der Anstalt verblieben waren, 186 aber, nämlich 86 Männer und 100 Weiber, im Laufe des Jahres aufgenommen waren.. Im ersten Quartal wurden 19 Männer und 24 Weiber, im zweiten 25 Männer und 24 Weiber, im dritten 23 Männer und 36 Weiber und im vierten 19 Männer und 16 Weiber aufgenommen. — Die Zahl der Aufgenommenen war etwas geringer als im Jahre zuvor, was, wie Herr *S.* bemerkt, darin seinen Grund haben mochte, dass in diesem Jahre zwei Privatanstalten in Bergen eröffnet wurden. Bei Angabe der Heimath der Aufgenommenen bemerkt Herr *S.*, dass 2 Kranke aus dem Finmarkens-Amte in die Anstalt gebracht seien, was zu beweisen scheine, dass man in diesen nördlichsten Gegenden auf die Erleichterung aufmerksam geworden sei, die der Staat übernommen habe, indem von Seiten desselben die Kosten für die Beförderung armer Kranker zu oder aus der Anstalt bestritten würde. — Was das Alter der Aufgenommenen anbelangt, so fand folgendes Verhalten statt:

10—15 Jahre	2 Männer,	2 Weiber,	
15—20 -	5 -	6 -	
20—30 -	24 -	18 -	
30—40 -	24 -	35 -	
40—50 -	16 -	22 -	
50—60 -	11 -	10 -	
60—70 -	3 -	5 -	
70—80 -	1 -	2 -	

Die jüngste und älteste Altersklasse waren etwas stärker vertreten, sonst war aber das Verhalten etwa das gewöhnliche. — Die **Dauer** der Krankheit oder der letzte Krankheitsanfall vor der Aufnahme war folgende:

Unter ½ Jahre	40 Männer,	44 Weiber,
Zwischen ½ u. 1 Jahre	14 -	21 -
- 1—1½ Jahre	5 -	9 -
- 1½—2 -	8 -	3 -
- 2—3 -	7 -	8 -
- 3—4 -	6 -	3 -
- 4—5 -	0 -	2 -
- 5—6 -	1 -	2 -
- 6—7 -	1 -	1 -
- 7—8 -	0 -	1 -
- 8—9 -	1 -	2 -
- 9—10 -	1 -	0 -
- 10—15 -	1 -	2 -
- 15—20 -	0 -	0 -
über 20 -	1 -	2 -

Aus einer Vergleichung mit den vorabgegangenen Jahren, geht nach Herrn *S.* hervor, dass nicht so viele im ersten halben Jahre aufgenommen wurden, dass er aber nicht angeben könne, worin dieses seinen Grund habe. Die Verschiedenheit sei übrigens so unbedeutend, dass er hoffe, sie sei in vorübergehenden und zufälligen Umständen begründet gewesen. Dass es von der höchsten Wichtigkeit sei, die Kranken so zeitig als möglich in die Anstalt zu bringen, habe er schon zum öfteren bemerkt, und wolle er daher zur Aufmunterung das Resultat von der Behandlung der 84 Kranken, die im ersten halben Jahre aufgenommen worden waren, angeben. Von den 40 Männern waren am Ausgange des Jahres 9 geheilt und 5 in der Besserung begriffen entlassen, während 4 als unheilbar ausgeschrieben worden waren, so dass noch 22 übrig blieben. Von diesen wurden später noch 5 geheilt entlassen und 1 starb. Von denjenigen, die dann noch übrig geblieben waren, geben nur 2 bis 3

Hoffnung zu einer baldigen Genesung ab. — Von den 44 Weibern waren am Schlusse des Jahres 13 geheilt, 4 wurden in der Besserung entlassen, 6 wurden als unheilbar ausgeschrieben und 2 starben, so dass um diese Zeit noch 19 zurückgeblieben waren. Von diesen wurden später 4 geheilt, 4 gebessert, 1 als unheilbar entlassen und 1 starb, und von denen, die noch ferner in der Anstalt verblieben waren, gaben 2 die Hoffnung zur baldigen Heilung ab. — Was die vorabgegangenen Anfälle anbelangt, so war das Verhalten folgendes:

1 früheren Anfall hatten	18 Männer,	11 Weiber,	
2 - - -	10 -	10 -	
3 - - -	3 -	2 -	
4 oder mehrere -	9 -	7 -	gehabt.

Von den Männern hatte also ungefähr die Hälfte und von den Weibern nicht ein volles Drittheil frühere Anfälle von Geisteskrankheit gehabt, so dass im Jahre 1865 das Verhalten in Betreff der Weiber ungefähr das gewöhnliche oder etwas besser war, bei den Männern hingegen etwas ungünstiger. —

Als wahrscheinliche Ursachen der Krankheit werden folgende angeführt:

Erbliche Anlage	bei	20 Männern,	28	Weibern,
Sorge und Kummer allerlei Art	-	16 -	28	-
Leserei und dergleichen	-	3 -	17	-
Saufen und Schwärmen	-	13 -	1	-
Kindbett und Säugen	-	0 -	8	-
Uteruskrankheiten und Anomalieen der Menstruation	-	0 -	8	-
Onanie	-	5 -	3	-
Ueberanstrengung	-	2 -	4	-
Syphilis und Merkur	-	2 -	1	-
Schreck	-	1 -	0	-
Stoss am Kopf und Rückgrath	-	1 -	1	-
Herzkrankheit	-	0 -	2	-
Masern	-	1 -	0	-
Typhus	-	0 -	1	-
Haemorrhoiden	-	0 -	1	-
Familienzwist	-	0 -	1	-

Dieses stimmte im Wesentlichen mit den in früheren Jahren gemachten Erfahrungen überein, wenn man annimmt, dass Onanie eine weniger wichtige Rolle gespielt zu haben scheint. Ob dieses wirklich sich so verhält oder nur anscheinend war, wagt der Verf. nicht zu entscheiden.

Nach den Jahreslisten wurden an folgenden Krankheitsformen behandelt:

An	Melancholie	74 Männer,		95 Weiber,	
-	Manie	50	-	51	-
-	*Stupiditas*	2	-	2	-
-	*Dementia*	72	-	62	-
-	*Idiotismus congenitus*	0	-	2	-
-	*Idiotismus acquisitus*	6	-	6	-
-	Epilepsie	13	-	4	-
-	*Paralysis generalis*	10	-	0	-

Diese Diagnosen wurden wie früher bei der Aufnahme der Kranken gestellt und später beibehalten. Es ergiebt sich also, dass von den im Laufe des Jahres behandelten 449 Kranken schon bei der Aufnahme 101 Männer und 74 Weiber an secundären, in der Regel unheilbaren Formen litten, während 126 Männer und 148 Weiber unter den primären Formen aufgeführt sind.

Unter den Aelteren von diesen war die Krankheit indessen schon seit längerer Zeit in eine secundäre Form übergegangen. Was die Neuaufgenommenen anbelangt, so litten von den 86 Männern 58 an Melancholie und Manie, 19 an *Dementia*, 6 an Epilepsie und 3 an *Paralysis generalis*; die 100 neuaufgenommenen Weiber vertheilten sich folgendermaassen: Melancholie 56, Manie 19, so dass 75 zu den primären Formen gehörten, während 20 unter *Dementia*, 1 unter *Idiotismus congenitus*, 1 unter *Idiotismus acquisitus*, sowie 3 unter Epilepsie aufgeführt sind.

Das Verhalten, über welches Herr *S.* sich schon früher mehrere Male aussprach, das nämlich, dass Weiber in einer früheren Periode der Krankheit in die Anstalt gebracht werden als Männer, wiederholte sich auch in diesem Jahre.

Hinsichtlich der einzelnen Formen wird von Herrn *S.* Folgendes bemerkt:

1. *Melancholia.* Von den 74 Männern, welche in den Listen unter dieser Form aufgeführt sind, wurden 10 geheilt und 14 in der Besserung entlassen, während 11 in einem unheilbaren Zustand die Anstalt verliessen und 39 noch am Schlusse des Jahres in derselben verblieben. Von den 95 Weibern wurden 17 geheilt, 10 wurden in der Besserung entlassen, 24 verliessen die Anstalt im ungebesserten Zustande und 2 starben, so dass am Jahresschluss noch 42 in der Anstalt verblieben. Alle als geheilt entlassene Männer haben sich später wohl befunden. Von denen, die in der Besserung begriffen entlassen waren, genasen 2 in ihrer Heimath und 1 wanderte nach Amerika aus; die Uebrigen befanden sich noch so, wie bei

ihrer Ausschreibung. Von den Nichtgebesserten starb 1. — Von den geheilten Weibern hatte 1 ein Recidiv bekommen, weshalb es wieder in's Asyl gekommen ist, die Uebrigen befanden sich fortwährend wohl. Von denen, welche in der Besserung entlassen waren, wurden 3 neuerdings aufgenommen und 1 wurde in ihrer Heimath hergestellt; die Uebrigen befanden sich noch so, wie bei ihrer Entlassung, und bei denen, die im nicht gebesserten Zustande entlassen waren, war, so weit man erfahren konnte, keine Veränderung eingetreten. — Was die beiden Gestorbenen anbelangt, so führt Herr *S.* darüber Folgendes an und bemerkt er, dass Herr Prosector *Winge* die Leichenöffnungen im Asyle mache, so dass die Resultate derselben genauer als in den früheren Jahresberichten angegeben werden könnten.

Die Erste von den Gestorbenen war eine 40 Jahre alte Frau, die am 7. Januar 1865 aufgenommen wurde. Ihre Krankheit hatte vor einem Jahre mit Angst und Furcht vor Strafe begonnen, wozu sich bald ein starker Drang zum Selbstmorde gesellte, so dass sie vor ihrer Aufnahme versucht hatte, sich zu ertränken, sich aufzuhängen und sich den Hals abzuschneiden, nach welchem Attentate eine bedeutende Narbe und eine kleine Trachealfistel zurückgeblieben waren. Als Ursachen der Krankheit wusste man nichts weiter anzugeben, als vielleicht religiöse Einwirkung und allzuhäufiges Aderlassen, wovon viele Narben an den Armen sichtbar waren. Während ihres ganzen Aufenthaltes in der Anstalt klagte und jammerte sie beständig, dass sie verbrannt, erwürgt u. s. w. werden solle, machte jedoch keinen anderen Versuch sich das Leben zu nehmen, als dass sie ab und zu sich hartnäckig weigerte, Nahrung zu sich zu nehmen. Es gelang jedoch immer, ihr dieselbe vermittelst einer Sonde beizubringen, und befand sie sich leidlich wohl, als sich am Ende des April eine phlegmonöse Geschwulst an der linken Lende zeigte, aus welcher nach einer Incision eine grosse Menge blutig gemischte Materie und Zellgewebe entleert wurde. Von dieser Zeit an nahmen ihre Kräfte nach und nach ab, die Beine wurden zuerst ödematös, später aber gangränös und starb sie am 31. August.

Bei der Leichenöffnung fand man ausser verschiedenen Zerstörungen an der von der Phlegmone ergriffen gewesenen Lende, die Hirnschale compact, aber ziemlich dünn, gelblich und glatt. Die *Dura mater* normal, fast keine Pacchionische Granulationen; die dünnen Hirnhäute ganz durchsichtig, ödematös an der Convexität, leicht abtrennbar von der Hirnsubstanz. Diese hatte die gewöhnliche Consistenz und Blutmenge; *Fornix* und *Septum* waren erweicht; die hinteren Hörner der Ventrikel ausgedehnt und reichten von ½ bis ⅓

Zoll vom hinteren Ende des Gehirns ab, wässerige Ansammlung fand sich nicht; das Ependyme war glatt, die *Gyri* von gewöhnlicher Entwicklung. In der *Cavitas spinalis* fand sich ziemlich viel Serum in dem Subarachnoidealraume an der hinteren Fläche, besonders um die *Cauda*; ferner eine Menge dünner, milchweisser osteoider Platten in der *Arachnoidea*, welche selbst übrigens durchsichtig war, und zwar von oben bis unten hin, am zahlreichsten in der Dorsal- und Lumbarregion und nur an der Hinterfläche. Einzelne fadenartige Zusammenwachsungen fanden sich zwischen *Arachnoidea* und *Pia mater*, ausgenommen im Dorsaltheile und am Uebergange desselben in den Lumbartheil. Die Häute waren nicht injicirt; das Rückenmark quoll überall an Querschnitten stark hervor, war feucht, bleich, die Farbe der weissen Substanz war namentlich in den Seitensträngen nicht rein weiss, sondern etwas graulich und an einigen Stellen vielleicht weniger durchsichtig; die graue Substanz zeigte nichts Abweichendes. — In der Brusthöhle zeigten sich die Lungen überall lufthaltig, die unteren Lappen blutreich; der linke untere Lappen enthielt einige feste, runde, erbsengrosse Haemorrhagieen, der obere Lappen einige kleine knorpelartige Knoten unter der Hinterfläche gegen die Basis hin. Das Herz war gut contrahirt, enthielt eine geringe Menge schlaffen, gelatinösen Gerinnsels, die Klappen normal, die Musculatur etwas bräunlich. — In der Bauchhöhle die Milz klein, welk, atrophische Pulpa mit hervortretenden Tuberkeln; die Leber ebenfalls atrophisch, kleine braune Acini; die Nieren normal; der *Uterus* klein, in seiner hinteren Wand fand sich unter dem Peritonäum ein nussgrosser Fibroid und in der Schleimhaut des *Corpus* ein flacher, bleicher Schleimpolyp.

Die zweite Verstorbene war die 69 Jahre alte Wittwe eines Schiffscapitains, die am 3. August 1865 aufgenommen war. Der Arzt derselben berichtete, dass dieselbe früher munter und gesund gewesen sei, aber im Februar dieses Jahres angefangen habe über Schlaflosigkeit, Schwindel, periodische Schmerzen in der *Cardia*, trägen Stuhlgang, Mangel an Appetit zu klagen, etwas ängstlich und von deprimirter Gemüthsstimmung gewesen sei, welche Zufälle nach und nach zugenommen hätten, und dass sich dann eine starke Präcordialangst, Furcht vor Verfolgungen und Hang zum Selbstmorde eingefunden hätten. Ausser starken religiösen Einwirkungen war keine Ursache bekannt geworden. Nach ihrer Aufnahme hatten die Zufälle zugenommen, so dass sie bei Nacht und Tage umherlief oder unter Aechzen und Jammern stille stand, wobei ihre Hände, Nase und Kinn bläulich gefärbt erschienen, und waren die Füsse angeschwollen. Sie weigerte sich, Nahrung zu sich zu nehmen, so dass

sie dazu gezwungen werden musste; ihre Kräfte nahmen rasch ab und starb sie am 23. August.

Bei der Leichenöffnung zeigte sich der Körper sehr abgemagert; an verschiedenen Stellen, besonders an den Händen und Knieen, zeigten sich Sugillationen und Excoriationen, wie nach Contusionen. An der rechten Hand und rechtem Arm, sowie etwas oberhalb der rechten *Crista ilii*, sah man einige subcutane, bläuliche, durchscheinende, feste Knoten von der Grösse einer Erbse bis Bohne, von flachrunder oder nierenförmiger Figur, die abgekapselt waren und aus einem starkblutigen, fest fibrösen Gewebe bestanden. — *Cavitas cranii. Lacunar orbit.* compact, von normaler Dicke, tiefe *Sulci arteriosi;* am hinteren inneren Winkel des rechten Scheitelbeines eine tiefe Grube nach Pacchionischen Granulationen; längs der *Sutura sagittalis* und in deren Fortsetzung am *Os frontis* fanden sich einige ganz kleine und etwas ausserhalb der Mittellinie am *Os frontis* und *Os occipitis* ein Paar grosse Osteophyten. Am vordersten Theile des Scheitels war der *Sinus longitudinalis* in einer ½ Zoll Länge zusammengewachsen und fand sich hier in entsprechender Ausdehnung eine Gruppe Pacchionischer Granulationen in der *Dura mater.* Es fand sich im *Sinus* nur wenig flüssiges Blut; die dünnen Häute nur längs der *Falx* unbedeutend verdickt; in den hinteren Theilen waren die *Sulci* etwas gross, mit Serum ausgefüllt; Blutüberfüllung in den Häuten fand sich nicht; an der Basis etwa eine halbe Unze Serum; die Carotiden waren etwas verknöchert, die übrigen Gefässe aber normal. Die dünnen Häute an der unteren Fläche der Vorderlappen etwas opak, ebenso an der hinteren Fläche des Cerebellums, welches übrigens normal aussah. Die Medullarsubstanz im *Centrum semiovale* an beiden Seiten war eben und zeigte ziemlich ausgeprägte Capillarüberfüllung in Form von halb diffusen, rosenrothen Zeichnungen; in den Ventrikeln fand sich etwa 1 Unze eines röthlichen Serums; das hintere rechte Horn rudimentär, bildete eine kurze Spitze; das Ependyma normal; *Fornix* und *Septum* etwas erweicht. Im vierten Ventrikel war das Ependyma sowohl im vorderen als hinteren Winkel dick und röthlich, wodurch der Grund des Ventrikels ein scheckiges Ansehen bekam, übrigens war derselbe glatt. Im Cerebellum wenige, in der *Pons* aber viele Injection; die *Corpora striata* blutig; die graue Substanz weniger ausgesprochen als normal; die Gyri aber bleich, leicht von den Häuten abzulösen. — In der Brusthöhle erschienen die Lungen mit fadenförmigen Membranen an den Brustwänden befestigt; die vordersten Lungenränder emphysematös, am linken zeigten sich namentlich eizelnne grosse, confluirende Blasen. Im Herzbeutel unbedeu-

tend wenig Serum; die rechte Herzhälfte enthielt flüssiges Blut und war schlaff, die linke fest contrahirt. Die Klappen und die Musculatur normal. Der untere Lappen der linken Lunge war meistens luftleer, namentlich waren die hinteren Partieen splenisirt; in der oberen Hälfte eine erbsengrosse, rothe Hepatisation, in der Mitte etwas unter der Oberfläche waren zwei nussgrosse Foci von graugelber Farbe, die im Centrum erweicht und chocoladenfarbig waren; der obere Lappen lufthaltig, aber stark ödematös und war er von einer Menge von schwarzrothen, luftleeren, kleinen Partieen durchzogen, und ausserdem fanden sich ein Paar grosse, hell diffuse, rothe Hepatisationen vor. Die Bronchien waren etwas injicirt. Die rechte Lunge war in allen Lappen ödematös und lufthaltig, aber ebenso wie der obere linke Lappen von kleinen schwarzen, zum Theil lufthaltigen Partieen durchzogen. — Bauchhöhle. Die Milz atrophisch mit stellenweis verdickter Kapsel von fester, zäher, trabeculöser Structur. Die Nieren waren klein, die Kapsel adhärirte ziemlich mit schwach granulöser Oberfläche und einzelnen grossen Einsenkungen, von fester, zäher Structur, übrigens normal aussehend, auf der Oberfläche derselben einige fibröse Knoten. Die Leber war etwas klein, mehr lang als breit, namentlich der rechte Lappen, über dessen Oberfläche nahe am unteren Rande eine nicht tiefe, transversal breite Furche hinging, woselbst die Kapsel sehnenartig verdickt war; die Parenchyme normal; die *Acini* sichtbar sehr klein. Im Magen fand sich einige Zoll von der *Cardia* in der kleinen Curvatur ein nussgrosser submucöser Knoten, welcher sich ausschälen liess und eine knorpelartige Consistenz von grauweisser Farbe hatte und halb durchsichtig war. Im oberen Theile des *Rectum* fanden sich zwei längliche Geschwüre mit unregelmässig gekrümmten Rändern, in deren Grund sich grössere und kleinere Ueberreste von einem diphtheritisch aussehenden Schorfe zeigten; der Grund derselben war übrigens fest und ziemlich glatt, bleich; in den Rändern und im Umkreise derselben dunkel livide Injection. Die solitären Follikel waren etwas geschwollen und erschienen wie grauliche Flecke in der dunkelen Schleimhaut; der übrige Darmcanal war normal. Der *Uterus* war klein, das *Collum* etwas ausgedehnt, von einem zähen Schleimpfropf angefüllt; die Ovarien zusammengeschrumpft.

2. *Mania.* Hierunter sind 50 Männer und 51 Weiber aufgeführt. Von den 50 Männern wurden 13 geheilt, 3 wurden gebessert und 6 nicht gebessert entlassen; von den 51 Weibern wurden 11 geheilt, 2 gebessert und 9 nicht gebessert entlassen. Von den 13 als geheilt entlassenen Männern hatten 3 ein Recidiv und bei 2 war

die Form vollständig eine intermittirende Manie; von den 3, welche gebessert entlassen wurden, wurde 1 später völlig hergestellt, bei den beiden Anderen blieb der Zustand derselbe; von den Nichtgebesserten war 1 in seiner Heimath durch einen unglücklichen Zufall oder Selbstmord um's Leben gekommen, die Uebrigen hatten sich nicht verändert. Von den geheilten Weibern hatte 1 ein Recidiv, die Uebrigen blieben gesund; die beiden gebessert Entlassenen befanden sich in demselben Zustande, und von den Nichtgebesserten hatte sich 1 in ihrer Heimath so sehr gebessert, dass man Hoffnung zu ihrer Genesung hegte; die Uebrigen befanden sich unverändert.

3. *Stupiditas.* Hierunter sind 2 Männer und 2 Frauen aufgeführt; die Männer befanden sich ziemlich unverändert in der Anstalt, die Weiber waren entlassen, die Eine in der Besserung, die Andere starb bald nach der Entlassung.

4. *Dementia.* Hierunter sind 72 Männer und 62 Weiber aufgeführt, und wurden selbige mit dem Resultate behandelt, dass 2 Männer und 2 Weiber in der Besserung begriffen, 21 Männer und 19 Weiber als unheilbar entlassen worden, und 1 Mann und 4 Weiber starben. Von den beiden gebesserten Männern wurde 1 mit einem Recidiv wieder aufgenommen, während der Andere in der Besserung fortfuhr. Von den beiden gebessert entlassenen Weibern war die Eine später wieder so verrückt geworden, dass wiederholt das Ansuchen gestellt wurde, dieselbe wieder aufzunehmen, die Andere fuhr fort, sich zu bessern. Die als unheilbar entlassenen Männer und Weiber verblieben im unveränderten Zustande; von den Männern war 1 gestorben. Die Gestorbenen waren: 1) Ein 46 Jahre alter Mann, der längere Zeit in der Strafanstalt gewesen und vor 4 bis 5 Jahren angefangen hatte, irrsinnig zu werden, indem er meinte, er sei der Gegenstand von Verfolgungen, und späterhin, als er im Bussgefängnisse mit subcutanen Morphiuminjectionen behandelt worden war, sich ein vollständiges System von „telegraphischen" Einwirkungen geschaffen hatte, als sei er durch Drähte umsponnen und würde auf alle mögliche Weise geplagt. Wenn sich Jemand an ihn wendete, so fing er eifrig an zu beschreiben, auf welche Weise, von welcher Seite und von welchen Personen diese Quälereien gegen ihn in's Werk gesetzt würden; übrigens verhielt er sich aber ruhig und führte mit Ordnung und Gewissenhaftigkeit das aus, was ihm von der Zeit seiner Aufnahme an, am 20. Juli 1860, bis zum Anfange des Jahres 1865 aufgetragen wurde. Am 3. Januar fing er an über heftigen Husten, besonders am Abend, und über zunehmende Mattigkeit zu klagen. Bei der physikalischen Untersuchung der Brust fand man einen dumpfen Percussionston, von der

Clavicula bis zur Brustwarze an der rechten Seite, sowie ein weitverbreitetes feuchtes Rasseln; der Puls hielt 100 Schläge. Er bekam dann Cynoglossuspulver, *Mixtura Griffithi* und Aether. Am 5. Januar schienen die irrigen Vorstellungen während dieses Krankseins weniger hervorzutreten; er klagte über Mattigkeit und forderte Bier. Die physikalischen Zeichen an der vorderen Fläche der rechten Brust waren dieselben; an der hinteren Fläche war der Percussionston gleich unter der *Spina scapulae* in einer handbreiten Ausdehnung schwach gedämpft und wurde von der *Spina* ein subcrepitirendes und hin und wieder ein pfeifendes Geräusch gehört. Die Kräfte nahmen immer mehr ab, das Aussehen wurde elend und starb der Kranke am 9 Januar.

Die Leichenöffnung ergab Folgendes: Die Hirnhäute waren weder von Blut überfüllt noch anämisch, die dünnen Häute waren hin und wieder, besonders längs des Verlaufes von Gefässen, verdunkelt und verdickt; der *Sinus longitudinalis* blutleer; die *Gyri* besonders an der linken Hemisphäre etwas klein, die *Sulci* dazwischen gross. Die Hirnsubstanz von guter Consistenz, etwas feucht, von normaler Blutfülle. — Brusthöhle. Der Herzbeutel war fast von einem Pot (½ Kanne) eines dünnflüssigen, klaren Serums ausgedehnt; das viscerale sowie das perietale Blatt des *Pericardium* waren verdickt und mit ziemlich grossen, stark injicirten *Villis* besetzt; sonst fand sich nichts Abnormes im Herzen. Die Lungen, besonders an der rechten Seite, waren an der Spitze mit der Brustwand zusammengewachsen, übrigens waren sie aber frei, ausgenommen an der inneren Seite, woselbst sie fest mit dem *Pericardium* verwachsen waren; in der Spitze der rechten Lunge fanden sich die Brönchien etwas ausgedehnt und ein Theil derselben sclerotisirt und dunkel gefärbt. Uebrigens waren beide Lungen in ihrer ganzen Ausdehnung mit einem blutig gefärbten *Serum* angefüllt, welches beim Drücken leicht ausfloss, und waren sie luftleer; die grossen Brochialzweige erschienen sammetartig injicirt. — In der Bauchhöhle fand sich nichts Abnormes von Bedeutung.

2) Eine 49 Jahre alte Frau, die am 22. Juli 1856 in die Anstalt gekommen war, war schon zehn Jahre lang geisteskrank gewesen. Sowie sie schon früher in ihrer Heimath umhergewandert war und die Familien mit ihrem verworrenen Treiben und unverständigen Forderungen geplagt hatte, so ging sie auch während ihres darauf folgenden neunjährigen Aufenthaltes in der Anstalt in der Regel unruhig umher, machte wunderliche Geberden, fluchte und schimpfte bisweilen furchtbar, sowohl bei Tage als bei Nacht. Aber von da an wurde sie ruhig, ging zu Bette, hustete, hatte einen

blutigen Auswurf, sah abgemagert und elend aus, erholte sich aber bald wieder. Vom Anfange von 1865 hielt sie sich beständig im Bette auf, hustete, hatte einen starken Auswurf, ass wenig und magerte bedeutend ab, bis sie am 11. Juni starb. — Bei der Leichenöffnung zeigte sich der Körper sehr abgemagert, und war die linke Wade und der linke Fuss ödematös geschwollen. — Die Hirnschale war von gewöhnlicher Dicke, die Diploë bleich und blutleer, im *Sinus longitudinalis Durae matris* fand sich ein dünnes, 3" langes, gelbes Coagulum. Beim Ablösen der *Dura mater* zeigten sich die Venen an der Oberfläche des Gehirns, besonders an der Scheitelpartie, stark mit Blut überfüllt. Zwischen den dünnen Häuten, besonders längs der Venen und zwischen den *Gyris*, die dadurch auseinander gedrängt waren, fand sich ein trübes, etwas flockiges, seroalbuminöses Exsudat. Das Gehirn war etwas atrophisch, die *Gyri* abnorm schmal und klein, die Hirnmasse war normaler Consistenz, aber feucht und ödematös; in den Ventrikeln, deren *Ependyma* normal war, fand sich nur wenig *Serum*. Im *Canalis spinalis* fand sich eine bedeutende seröse Ausschwitzung. — In der Brusthöhle fand man die linke Lunge überall fest mit der Brustwand adhärirend, im ganzen oberen Lappen derselben befanden sich grössere oder kleinere Cavernen, die mit einem dicken, schmutzigen, stinkenden Eiter angefüllt und von Tuberkelinfiltrationen umgeben waren. Der unterste Lappen war ziemlich ödematös, beim Einschneiden in denselben wurde blutiggemischtes, schäumendes *Serum* ausgetrieben, und auf der Schnittfläche zeigten sich die kleineren Zweige der Bronchien etwas ausgedehnt und mit einem dünnen *Serum* angefüllt. Der obere Lappen der rechten Lunge war mit der Brustwand zusammengeklebt und mit Tuberkelinfiltrationen und kleinen Cavernen, jedoch im geringeren Grade als die linke, angefüllt. Im Herzbeutel war ungefähr 1 Unze *Serum* enthalten; das Herz war schlaff und bleich; die rechte Herzkammer war mit dunklem, flüssigem Blute angefüllt, sonst fand sich nichts Abnormes. — In der Bauchhöhle zeigte sich die Leber bleich, von normaler Grösse; die Milz ziemlich hell von Farbe, etwas schlaff, von normaler Consistenz. Die Nieren waren etwa um die Hälfte grösser als normal; als sie eingeschnitten wurden, erschien die Corticalsubstanz hell und bleich und zeigte sich amyloid degenerirt. Der Magen war ziemlich ausgedehnt, seine Schleimhaut etwas aufgelöst und bleich; die dünnen Därme waren mit Chylus und halbflüssigen Excrementen angefüllt; an einigen Stellen derselben erschien die Schleimhaut in Partieen von der Grösse eines Kupferschillings stark injicirt, aufgefasert und an einzelnen Stellen schwach ulcerirt; die stärkste und grösste ulcerirte Partie fand

sich unten bei der *Valvula Bauhini*; im *Coecum* und *Colon descendens* fanden sich ebenfalls injicirte und zum Theil ulcerirte Stellen.

3) Eine 62 Jahre alte Frau eines Beamten; sie war im Auslande geboren und hatte sich daselbst bis vor etwa 10 Jahren aufgehalten. Sie befand sich hier im Lande niemals recht wohl, litt besonders von der Kälte im Winter und sehnte sich zurück. Sie kam im October 1863 in die Anstalt und berichtete, dass sie 1 bis 2 Jahre krank gewesen sei; die Krankheit hatte sich nach und nach entwickelt und äusserte sich im Wesentlichen durch geistige Stumpfheit, Mangel an Auffassungsvermögen, an Erinnerungsvermögen und Gedächtniss, sowie durch körperliche Schwäche, so dass ihre Haltung schlaff, ihr Gang unsicher war und das Sprechen ihr ab und zu schwer wurde. Sie glich überhaupt einer an *Paralysis generalis* Leidenden; weil aber die ambitiösen Delirien bei ihr fehlten und keine von den gewöhnlichen Ursachen derselben bei ihr eingewirkt hatten, so wurde sie unter *Dementia* aufgeführt. Während ihres Aufenthaltes in der Anstalt erschlaffte sie immer mehr, wurde ungeachtet der angewendeten roborirenden und incitirenden Mittel immer schwächer und starb am 5. März 1865.

Die Leichenöffnung ergab Folgendes: Kopfhöhle. Längs des Verlaufes der Gefässe und der dünnen Häute unbedeutende Obfuscation; an beiden Seiten zeigten sich in der Wölbung des Gehirns ungefähr an entsprechenden Stellen Vertiefungen von der Grösse einer Pferdebohne, die mit *Serum* angefüllt waren. Die Subarachnoidealräume zwischen den etwas atrophischen *Gyris* waren mit *Serum* angefüllt; die *Pia mater* adhärirte nirgendswo. Die Blutmenge des Gehirns normal, die Consistenz desselben ziemlich zähe; die Seitenventrikeln enthielten einige Esslöffel voll *Serum*; die Gefässe an der Basis des Gehirns waren in hohem Grade ödematös. — In der Brusthöhle waren die Lungen serös infiltrirt, übrigens normal. Das perietale Blatt des *Pericardium* war besonders an der Vorderseite von einer etwa einen halben Zoll dicken Fettschicht umgeben; die Klappen des Herzens normal. — Die Unterleibsorgane waren mit Ausnahme des *Uterus* normal beschaffen. Dieser war antiflectirt und fanden sich in seiner Höhle ein paar kleine Polypen.

4) Die 50 Jahre alte Frau eines Seemanns wurde am 30. Januar 1865 aufgenommen. Dieselbe hatte sich in den letzten sieben Monaten in ihrem Hauswesen wenig ordentlich gezeigt, hatte gern religiöse Schriften gelesen, keine Lust zum Arbeiten gehabt oder Alles verkehrt gemacht. Bei der Aufnahme zeigte sie sich überaus stumpfsinnig und verkehrt, berichtete z. B. in Betreff ihres Alters,

dass sie 33 Jahre alt und seit 60 Jahre verheirathet sei und ein Kind habe, welches zum Confirmationsunterricht gehe und ein Jahr alt sei u. s. w. Gleich vom Anfange an war sie schwach und diese Schwäche nahm immer mehr zu, so dass sie bald das Bett hüten musste, nach und nach kraftloser wurde, bis sie am 24. November 1865 starb.

Bei der Leichenöffnung zeigte sich der Körper in hohem Grade abgemagert; das linke Handgelenk zeigte eine Deformität wie nach einer Fractur des *Radius*. Zeichen eines frischen Bruches desselben fanden sich indessen nicht. — Brusthöhle. Die linke Lunge war nicht angewachsen, die rechte dagegen oben und vorn mit der Brustwand verwachsen; in der *Pleura* und im *Pericardium* fand sich nichts. Der obere Lappen der rechten Lunge war grösstentheils in eine grosse, unregelmässig ausgebuchtete Höhle mit einem dicken puriformen Inhalte umgewandelt, die ziemlich glatte trabeculäre Wände hatte. Dieselbe lag ganz oberflächlich und ging bei dem Herausnehmen der Lunge entzwei; in der hinteren Hälfte des Lappens fand sich eine etwas kleinere Höhle von derselben Beschaffenheit, welche sich von der Spitze bis in die unteren Lappen hinab erstreckte; das übrig gebliebene Gewebe war verdichtet, knotig und von fibrösen Strängen und kleinen Knoten durchzogen. Der untere Lappen enthielt mehrere Cavernen, besonders an der Basis, übrigens eine Menge käseartiger Knoten; die hintere Hälfte des Lappens war verhältnissmässig frei, auf der *Pleura* des unteren Lappens lag ein fibrinöses Exsudat. Die linke Lunge war meistentheils lufthaltig, zum Theil emphysematös, ihre Spitze eingezogen und verdichtet, in der Substanz fanden sich hin und wieder grössere und kleinere Knoten; auf der Schnittfläche zeigte sich Eiter; in der Spitze fand sich ein pigmentirtes, verdichtetes Gewebe mit vielen kleinen, festen Knoten; die übrigen Knoten wurden von lobulärer, hell käseartiger Hepatisation gebildet; der untere Lappen dieser Lunge war frei. Im Herzen fand sich nichts Abnormes. — In der Bauchhöhle zeigte sich die Milz vergrössert, dunkel; unter der Kapsel längs des vorderen Randes und an der convexen Fläche fanden sich einige kleine entfärbte Infarcte; die Leber war in der Gegend der Gallenblase mit dem *Colon transversum* festgewachsen. Im *Colon*, dessen linke Hälfte contrahirt war, lagen einige *Scybala*; die Leberkapsel war in weiter Ausdehnung schwach milchartig und verdickt, wie um das *Lig. suspensorium* und längs des grössten Theiles der Randpartie, allein die Oberfläche war glatt, das *Parenchyma* acinös; es fanden sich in der Leber keine Knoten und keine Blutüberfüllung. Im Becken der linken Niere lagen zwei

flache, ovale Steine von fest spröder Consistenz und concentrisch lamellöser Structur und gelblicher Farbe; die Oberfläche beider Nieren war glatt, jedoch zeigten sich hin und wieder einzelne vertiefte Partieen, in welchen sich theils die Ueberreste von einem Extravasat in Form von einem grauschwarzen Pigmente, theils nur etwas Hyperämie und in der einen ein frischer, rother, kapselförmiger Infarct vorfand. Die Harnblase war ganz contrahirt und enthielt nur wenig rahmartigen, graulichen Schleim; die Schleimhaut derselben war namentlich in den Falten sehr stark mit zum Theil schwärzlichen Ecchymosen überfüllt. — Die Kopfhöhle ergab 1½" über dem *Tuber frontale sinistrum*, aber in der Mittellinie, eine 1" lange und ½" breite Vertiefung; in den überliegenden Bedeckungen fand sich eine Narbe und die Ueberreste von Blutüberfüllung in der *Galea; Lacunar orbit.* im Ganzen sehr dick; die *Lamina vitrea* am *Os frontis* uneben verdickt; die Oberfläche desselben wellenförmig und die Convexität einigermaassen verkleinert, ebenso erschien der Knochen hier am dicksten; zugleich fanden sich einige kleine Exostosen, von welchen eine an der rechten Seite der *Sutura coronalis* ziemlich spitz war; übrigens war es ein wohlgebildeter dolichocephalischer Schädel. Die *Dura mater* war über der dem *Os frontis* entsprechenden Hirnpartie schlaff zusammengefallen, während sie im Uebrigen von Flüssigkeit im Subarachnoidealraume prall ausgespannt erschien. Ueber der linken Hemisphäre war die Innenseite der *Dura mater* von einer ziemlich dicken und festen, röthlichen, halbdurchsichtigen Membran überzogen, welche sich in ihrer Gesammtheit ablösen liess. Dieselbe bekleidete auch die linke Fläche des *Falx*, erstreckte sich aber nicht bis zur Basis; deutliche grössere Extravasate zeigten sich nicht in ihr, wohl aber, wie es schien, viele Gefässe. Ueber der rechten Hemisphäre war nur eine Spur von einer Pseudomembran mit einigen kleinen Ecchymosen gleichenden Extravasaten vorhanden. Die Flüssigkeit unter der *Arachnoidea* hatte an einigen Stellen die *Sulci* so ausgedehnt, dass sie beinahe Cysten glichen; die dünnen Häute selbst waren nur unbedeutend verdickt und hatten die gewöhnliche Blutmenge. Die vorderen *Lobi* des Gehirns zeigten sich eben, aber unbedeutend verkleinert, die Oberfläche mehr flach als normal. Die Corticalsubstanz des Gehirns liess sich leicht von den Häuten trennen, zeigte keine merkbare Verringerung in der Dicke und war ihre Farbe normal. Die Schnittfläche der Marksubstanz zeigte überall ein feuchtes, glänzendes Aussehen, die Menge der Blutpünktchen auf derselben war unbedeutend; in den Ventrikeln war ungefähr ein Theelöffel voll *Serum*. Das *Ependyma* am *Corp. striat.* schwach gekörnt, stark im Grunde des 4. Ventrikels, namentlich am

Calamus scriptorius. Das hintere linke Horn war zusammengewachsen; übrigens war nichts am grossen und kleinen Gehirn zu bemerken.

5) Eine 62 Jahre alte Frau, die in guten Lebensverhältnissen sich befand und immer gesund gewesen war, litt vor ungefähr 10 Jahren, als ihre Menstruation ausgeblieben war, an chlorotischen Zufällen, wozu vor 4 bis 5 Jahren Hallucinationen des Gesichts und Gehörs hinzukamen. Einige Monate vor dem 1. April 1865, an welchem Tage sie in die Anstalt kam, wurden diese während einer langwährenden Schlaflosigkeit stärker und mehr überwältigender. Bei der Aufnahme war die Frau schlaff und matt, hatte einen stumpfen Gesichtsausdruck und gelbe Hautfarbe; in der Regel äusserte sie sich ganz verständig, wurde aber ab und zu von Hallucinationen geplagt. Beim Gebrauche beruhigender und stärkender Mittel schien sie sich etwas zu bessern, schlief besser und sah besser aus; am Morgen des 13. Mai bekam sie aber einen Anfall von Zuckungen im ganzen Körper, nach welchem sie soporös mit halb geschlossenen Augen, bleichem Gesichte, schlaffem Ausdruck desselben und etwas herabhängendem rechten Mundwinkel vor sich hinlag; die rechte obere und untere Extremität konnten nur mühsam bewegt werden, und war die Sprache lallend. Am Abend starb sie.

Bei der Leichenöffnung wurde nur die Kopfhöhle untersucht. Die Hirnschale war ziemlich dick, fast ohne Diploë; die *Dura mater* etwas mit Blut überfüllt; die *Sinus longitudinalis* blutleer; die *Sinus transversi* mit dunklem, hell flüssigem Blute und mit einigen, ein paar Zoll langen, gelbweissen Coagulis angefüllt. Zwischen den dünnen Häuten fand sich eine ziemlich bedeutende Exsudation, besonders längs der Gefässe, die ziemlich mit Blut angefüllt waren, und in den Vertiefungen zwischen den *Gyris*, welche aber, besonders an der linken Seite, einige ziemlich tiefe Eindrücke hatten. Die ganze Hirnsubstanz war etwas weich, besonders aber das *Corp. callosum* und der *Fornix*. In den Ventrikeln, deren *Ependyma* normal war, fand sich eine unbedeutende Menge *Serum*; im *Plex. choroid.* ein paar erbsengrosse, seröse Cysten; beim Durchschneiden zeigte sich die weisse Substanz sowie auch die *Corp. striat.* und *Thalami* ziemlich stark von Blut gesprenkelt.

5. *Idiotismus congenitus.* Die beiden unter dieser Form aufgeführten Weiber befinden sich noch im Asyle. Die Eine von diesen war ein 14 Jahre altes, noch nicht menstruirtes Mädchen, welches, da es im Verdachte der Brandstiftung stand, zur Beobachtung in's Asyl gebracht worden war. Herr *S.* verspricht die in mehr als einer Hinsicht interessante Krankheitsgeschichte derselben später,

wenn das Mädchen entlassen wird, mitzutheilen, indem bei demselben, als die Menstruation sich später einfand, eine nicht unwesentliche Veränderung eingetreten war.

6. *Idiotismus acquisitus.* Unter dieser Form sind 6 Männer und 6 Weiber aufgeführt, von welchen 1 Mann und 2 Weiber als unheilbar entlassen wurden und 1 Mann starb. Dieser war ein 27 Jahre alter Bauer, welcher am 15. September 1863 aufgenommen war. Seine Krankheit hatte bereits 10 Jahre gedauert und war ohne äussere Veranlassung entstanden. Derselbe war aber aus einer geisteskranken Familie, indem sein Grossvater und Vater geisteskrank gewesen waren und sein Bruder ebenfalls geisteskrank war. Gleich vom Anfange an hatte sich die Krankheit mit einem grossen Wechsel in der Gemüthsstimmung geäussert, so dass er bald still, wortkarg, unthätig war und die Einsamkeit suchte, bald war er aber lustig, eifrig, jähzornig und zu allerlei lustigen Streichen und Zerstörungen geneigt. Nachdem die Krankheit auf diese Weise 8 bis 9 Jahre lang als eine Folie à double forme gedauert hatte, fing der Kranke an, immer mehr zusammanzufallen, er wurde stumpf und unempfindlich gegen äussere Eindrücke und hatte für nichts Anderes ein Interesse, als für die Befriedigung der thierischen Bedürfnisse. In den nächsten beiden Jahren, in welchen er sich im Asyle befand, war er in der Regel in diesem Zustande von Abgestumpftheit, welcher nur selten auf kurze Zeit von einem Aufbrausen unterbrochen wurde. Im Anfange des Juni sah er mehr abgemagert aus, genoss wenig, das Schlucken war ihm beschwerlich und konnte er sich durchaus nicht erklären. Er blieb nun im Bette, die Zunge und Lippen waren trocken, und am 10. starb er.

Die Leichenöffnung ergab Folgendes: Die *Arachnoidea* war etwas verdickt und unbedeutend verdunkelt; der Subarachnoidealraum war mit einem dunkelgefärbten, klaren *Serum* ausgefüllt; die Blutmenge in den Häuten und im Gehirn schien normal zu sein; die dünnen Häute liessen sich leicht ablösen; die *Gyri* an den correspondirenden Stellen auf der Wölbung beider Hirnhälften waren atrophisch und die *Sulci* breit und mit *Serum* angefüllt. Die Hirnsubstanz ziemlich consistent, feucht, glänzend; die Ventrikel enthielten viel *Serum*, das *Ependyma* normal. Die Lungen und das Herz zeigten nichts Abnormes. In der Corticalsubstanz der rechten Niere fanden sich zahlreiche, theils frische, theils von Eiter infiltrirte Infarcte, die Nierenkapsel war nirgendswo fest adhärirend, aus den Papillen liess sich etwas rahmartige Flüssigkeit ausdrücken. Im Uebrigen zeigte sich nichts Abnormes in den Unterleibsorganen.

7. **Epilepsie.** Unter dieser Form sind 13 Männer und 4

Weiber aufgeführt, und von diesen wurden 4 Männer entlassen, nämlich 1 geheilt, 1 gebessert und 2 nicht gebessert. Der geheilt Entlassene war ein 20 Jahre alter Bauerbursche, welcher am 9. Januar aufgenommen und am 11. April entlassen wurde. Derselbe war früher schon zwei Male in der Anstalt gewesen; die Krankheit hatte von der Kindheit an gedauert, allein in den letzten anderthalb Jahren war er von deutlichen epileptischen Anfällen frei geblieben. Da er während seines Aufenthaltes in der Anstalt keinen epileptischen Anfall gehabt und sich ordentlich und arbeitsam gezeigt hatte, so wurde er als geheilt ausgeschrieben, obschon bei ihm noch einige Halsstarrigkeit und Trotz verblieben waren, welche befürchten liessen, dass die Heilung keine vollständige sei. Nach den Nachrichten, die aus seiner Heimath einliefen, befand er sich noch in einem unveränderten Zustande. — Der andere Mann, welcher gebessert entlassen war, kam später wieder in einem überaus heftigen, halb epileptischen, halb apoplektischen Anfall in die Anstalt, welcher eine Schwäche, besonders im Sprechvermögen zurückliess, so das *Paralysis generalis* zu befürchten war.

8. *Paralysis generalis.* Von den unter dieser Form angeführten 10 Männern wurden 3 in der Besserung begriffen entlassen und 2 starben. Alle 3 in der Besserung Entlassene wurden während einer von den bei der *Paralysis generalis* gewöhnlichen Remissionen ausgeschrieben, und diese Remission dauerte bei 2 noch fort. Der Dritte bekam dagegen im Januar 1866 einen neuen Anfall, der nach 3 Tagen tödtlich ablief. — Die Gestorbenen waren: 1) ein 45 Jahre alter Geschäftsmann, welcher im Juli 1864 in die Anstalt kam. In seiner Familie war keine Geisteskrankheit bekannt; er hatte aber von Jugend an ein ziemlich freies Leben geführt und war schon vor 20 Jahren syphilitisch gewesen und mit Merkur behandelt worden. Uebrigens sollte er gesund gewesen und erst in der allerletzten Zeit Zeichen von Geisteskrankheit gezeigt haben, indem er voll grossartiger Pläne wurde, prahlte und heftig war, so dass er keinen Widerspruch duldete. Bei seiner Aufnahme sah er schlaff aus, seine Haltung war etwas zusammengesunken, das Sprechen fiel ihm beschwerlich und pries er beständig seine Gesundheit, seine Tüchtigkeit, seine Macht und seinen Reichthum. Schon vor seiner Aufnahme hatte er einige Anfälle theils von Schwindel, theils von mehr ausgesprochener Epilepsie oder Apoplexie gehabt; während seines Aufenthaltes in der Anstalt hatte er nicht selten ähnliche Anfälle, in welchen er theils Convulsionen hatte, theils aber ruhig in einem soporösen Zustande hinlag; diese verloren sich jedoch in der Regel ziemlich schnell und war sein Zustand nach denselben nicht bedeu-

tend anders als vorher. Von der Mitte des Octobers 1865 hatte die Schlaffheit so überhand genommen, dass er beständig das Bett hüten musste, er lag sich durch und magerte bedeutend ab; wenn man aber mit ihm sprach, so war er immer derselbe reiche und glückliche Mann, wie früher. Am 25. December war von ihm im Krankenjournale bemerkt: „Aus den durch *Decubitus* entstandenen Geschwüren findet eine übelriechende Secretion statt, er sieht sehr mitgenommen aus, das Gesicht ist spitz geworden, die Beine sind geschwollen, das Athemholen ist beschwerlich, der Puls klein." Am 26. December starb er.

Die Leichenöffnung ergab Folgendes: Kopfhöhle. *Lacunar* normal; an der *Pars basilaris ossis occipitis* etwas links von der Mittellinie fand sich eine etwas grössere als ein Hanfkorn, ziemlich spitze Exostose, welche jedoch keinen sehr starken Hervorsprung unter der *Dura mater* bildete; an der Innenseite der *Dura mater* über der rechten Hemisphäre an einer kleinen, begrenzten Stelle die Spur einer Membran; bedeutendes *Oedem* unter der *Arachnoidea* an der Wölbung und Basis; die *Arachnoidea* etwas verdickt und undurchsichtig; die dünnen, nicht mit Blut überfüllten Häute, lösten sich leicht vom Gehirn ab. In den Ventrikeln, deren hinteres Horn zusammengewachsen war, fand sich etwas *Serum;* im *Calamus scriptorius* ein fein granulirtes *Ependyma;* die Substanz des Gehirns hatte die normale Blutmenge und Consistenz; die Arterien an der Basis waren fleckweise atheromatös; an der linken *Fossa Sylvii* fanden sich zwei dicht aneinanderliegende Aneurysmen, von welchen ein jedes von der Grösse einer halben Erbse war; das eine war collabirt, dünnwandig, das andere dickwandig, fest, gelbgrau, wie eine auf jenem sitzende Art von Ampulle, die auch leer und deren Lumen etwas gering war. — In der Brusthöhle war das Herz normal, die *Aorta* etwas atheromatös, die Lungen nicht angewachsen, normal knisternd, eine Sugillation an der Basis von beiden; keine merkenswerthe Ueberfüllung von Blut. In beiden Lungenarterien, sowohl in den Hauptästen, als auch in den meisten primären, mehreren secundären, zum Theil auch in tertiären Verzweigungen war das Lumen von einer ziemlich frisch aussehenden, dunkelrothen Thrombusmasse ausgefüllt, und zwar in der linken etwas stärker. Das centrale Ende derselben war stumpf, unregelmässig, die peripherischen Enden waren nach den Gefässen abgepasst. — In der Bauchhöhle fand sich in der linken Niere ein grösser als eine Wallnuss, prominirender Tumor, der weich und fluctuirend war; in seinem Centrum enthielt er eine seröse Cyste, bestand übrigens aus einem opak, gelbgrau, fettartig aussehenden, mürben und weichen Gewebe. Bei der mi-

kroskopischen Untersuchung derselben wurde ein zellenreiches *Stroma* mit fettdegenerirten breiten Streifen, wahrscheinlich die Ueberreste von Harnkanälen, gefunden. In den übrigen Unterleibsorganen zeigte sich nichts Bemerkungswerthes. Die dicke Unterextremität war etwas ödematös; in der *Vena cruralis* und *iliaca* fand sich eine Thrombusmasse von demselben Aussehen wie die in den Lungenarterien; in der Sacralgegend zeigte sich eine grosse, unterminirte Decubituspartie mit stinkender, schwärzlicher Flüssigkeit und dunkel gefärbter Umgebung. Beide *M. recti abdominis* waren in ihrer unteren Hälfte defect, am rechten fehlte etwa die Hälfte, am linken der dritte Theil. Die Stumpfe der Muskeln waren abgeschmälert und dünn, fast wie scharf abgeschnitten, zugleich von einer ausserordentlichen Trockenheit und von fester und bleicher Beschaffenheit und von einzelnen Extravasaten durchzogen. Der Substanzverlust wurde von ausgetretenem geronnenem Blute fast bis zur *Symphysis* hin eingenommen, woselbst die untersten Stumpfe unbedeutend erkannt werden konnten.

2) Der zweite Fall betraf einen 42 Jahre alten Comptoiristen, der stets ein ordentliches, arbeitsames Leben geführt, sich aber in der letzten Zeit zu stark mit Comptoirarbeiten angestrengt hatte. Eine Schwester seines Vaters war geisteskrank, übrigens wusste man keine Ursache der Krankheit anzugeben. Vor 1½ Jahren war er im Asyle wegen einer Krankheit behandelt worden, die damals unter Manie aufgeführt war, in welcher aber die ambitiösen Delirien und der grosse Wechsel mit Remissionen, die an Intermissionen grenzten, damals schon den Verdacht, dass *Paralysis generalis* vorhanden sein dürfte, erregt hatten. Als er am 11. Mai 1865 neuerdings in das Asyl kam, war die Krankheit deutlich ausgesprochen. Die Schlaffheit in der Haltung, die Stumpfheit im Gesichtsausdrucke und das beschwerliche Sprechen machten in Verbindung mit dem beständigen Schwatzen von tausend und nochmals tausend Millionen die Diagnose nicht mehr zweifelhaft. Im Anfange des Juli bekam er einen apoplektischformen Anfall, worauf Bewusstlosigkeit, verfallenes Aussehen, Zuckungen in den Armen und Beinen und Ziehen in der linken Gesichtshälfte, rasselndes Athemholen und unwillkürliche Ausleerungen folgten, die dem Leben ein Ende machten.

Bei der Leichenöffnung ergab sich Folgendes: Der Körper war in hohem Grade abgemagert, die Brust und der Bauch waren dicht mit *Pithyriasis versicolor* bedeckt. Die Hirnschale war dick, auf der inneren Seite graulich und wenig eben; die Diploë ziemlich stark mit Blut überfüllt, ebenso die *Dura mater;* die *Pia mater* war längs des Verlaufes der Gefässe unbedeutend verdunkelt und verdickt,

an einer einzelnen Stelle von mehreren Quadratlinien Ausdehnung an der Wölbung der rechten Hälfte war eine ziemlich bedeutende Verdickung und Verdunkelung derselben vorhanden, sie liess sich überall leicht von der Hirnmasse trennen. An den Wölbungen zeigte sich hin und wieder, ungefähr gleich häufig an beiden Seiten, eine unbedeutende Atrophie der *Gyri*, mit etwas *Serum* unter den dünnen Häuten. Die Hirnmasse war etwas consistent und namentlich in der linken Hälfte ziemlich stark mit Blut überfüllt; die graue Substanz war nicht sonderlich atrophisch; die Seitenventrikel waren von einigen Löffeln voll klaren Serums angefüllt; das *Ependyma* nicht unbedeutend verdickt, uneben, rauh anzufühlen und liess es sich wie eine eigene Membran leicht ablösen; dasselbe war im vierten Ventrikel der Fall. — In der Brusthöhle fand man beide Lungen in ihrer obersten und hintersten Partie fest mit dem Brustkorbe verbunden, so dass das Lungengewebe bei der Herausnahme zerriss. In den oberen zwei Drittheilen beider Lungen, besonders der rechten, fand man die Gewebe gruppenweise von unzähligen miliären Granulationen durchsäet, von welchen es sich jedoch bei näherer Untersuchung ergab, dass selbige Verdichtung des Gewebes im Umkreise der feineren Bronchien waren; an manchen Stellen liess sich aus den Bronchien eine purulente Flüssigkeit ausdrücken. In der Spitze beider Lungen fanden sich mehrere grössere und kleinere Bronchectasieen; die nicht verdichteten Partieen der Lungen waren stark von *Serum* überfüllt. Am Herzen war nichts zu bemerken. Im *Arcus Aortae*, gerade über den halbmondförmigen Klappen, fand sich eine verknöcherte Platte von der Grösse eines Silberschillings; übrigens liess sich keine atheromatöse Degeneration des Gefässsystemes an irgend einer Stelle entdecken. Sämmtliche Organe des Unterleibes erschienen normal, nur einige grosse und kleine Mesenterialdrüsen warden petrificirt.

v. d. Busch.

Legrand du Saulle, Etude médico-légale sur la paralysie générale. Paris, 1866. (32 S.)

Es wird im Eingang bemerkt, dass fast alle Paralytiker, welche in Irrenanstalten ein Viertel (!) der männlichen Bevölkerung (bei Frauen nur ein Zehntel oder ein Zwölftel) ausmachen sollen, mit der Polizei, Justiz oder Administration in Conflict gerathen, was, wie *Solbrig* (Zeitschr. XXII. S. 397) richtig bemerkt, daher rührt, dass im Prodromalstadium und in dem der Remissionen die Erkennt-

niss dieser Krankheit oft schwierig ist und dann, weil diese Kranken zu allerlei Unternehmungen vorzugsweise disponirt sind, Umstände, die übrigens auch in anderen Formen von Seelenstörung mehr oder minder vorkommen und kaum eine völlig abgesonderte Behandlung, namentlich nicht *in foro* als Bedürfniss erscheinen lassen möchten. Mehrere in der vorliegenden Schrift vorkommende Bemerkungen sind auch mehr allgemeiner Natur und gelten von noch anderen Seelenstörungen als von dieser, so wie die wegen des nach französischem Recht bestehenden Unterschiedes zwischen Aufstellung eines Curators (conseil judiciaire) und der Entmündigung, welche der Verfasser nur bei vollständiger Unheilbarkeit ausgesprochen wissen will.

Für den gerichtsärztlichen Zweck nimmt er 4 nach seiner Meinung vollständig getrennte Perioden an: 1) période prodromique, 2) initiale, 3) d'état und 4) terminale, wobei zu bemerken ist, dass hier nur die beiden ersten vorzugsweise in Betracht kommen. Bedünken will uns, dass im ersten Stadium, dem der Vorläufer, Zustände angeführt werden, welche schon dem folgenden angehören möchten. Grosse Aufmerksamkeit widmet der Verfasser mit Recht den Remissionen, in welchen an den Arzt Fragen herantreten, deren Entscheidung oft sehr schwierig ist, z. B. die, ob Patient seinen Beruf wieder aufnehmen könne, der dies oft dringend verlangt und sich mit der vom Verf. vorgeschlagenen Abmahnung nicht begnügen will. Dass der Arzt in diesen Fällen nie ein Gesundheitszeugniss ausstellen dürfe, mag theoretisch ganz richtig sein, die Verweigerung wird aber manche Verlegenheit bereiten. Bedenklich scheint der Ausspruch, dass, wenn in bewährten Remissionen eine angeschuldigte in keiner Beziehung zu dem früheren Delirium stehe, alsdann die partielle oder proportionelle Verantwortlichkeit ihre Anwendung finde. Der Verf. nimmt eine „Intermission" an, will sie jedoch von „lichten Zwischenräumen" geschieden wissen. Momentane Heilung bestreitet er. — Wir haben übrigens nur einige Bemerkungen und keinen Auszug liefern wollen. Die an werthvollen Beiträgen reiche Schrift des erfahrenen Verfassers verdient nachgelesen zu werden. *Rr.*

Vorträge über Erkenntniss und Behandlung der Geistesstörungen und über das Vorgehen bei forensischen Begutachtungen psychischer Zustände. Von

Dr. *Schlager*. Wien, 1865. Selbstverlag des Verf. 1. Lieferung. 192 S.

Verf. bezweckt, „in systematischer Zusammenfassung dem ärztlichen Publicum die Resultate seiner Beobachtungen und Studien über die geistigen Störungen vorzulegen". Das Werk ist sehr ausführlich angelegt. Das vorliegende 1. Heft enthält die Semiotik der psychischen Störungen nach der äusseren Inspection; hiervon ist der Schädel, das Gesicht mit den zugehörigen Sinnesorganen, der Rumpf mit Hals, Brust, Bauch und die Extremitäten abgehandelt. Verf. hat, so weit dies aus dem bis jetzt Vorliegenden sich beurtheilen lässt, in seiner Darlegung vorzugsweise die Bedürfnisse des Anfängers im Auge, ist aber auch bemüht, dem Fachmann durch ausgedehnte Benutzung der Literatur ein möglichst vollständiges Gesammtbild des jetzigen Standpunktes unserer Erfahrungen in den einzelnen Richtungen des Faches zu geben.

Bis jetzt ist blos die 1. Lieferung erschienen; die genauere Besprechung des Werkes verschieben wir bis zu dessen vollendeter Ausgabe, deren baldiger Realisirung wir entgegensehen. *Sch.*

Morel, Du délire émotif, névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. Paris (Asselin), 1866. in 8. 48 S.

Unter vorstehendem, nicht sehr glücklich gewählten Namen fasst *Morel* eine Reihe höchst interessanter neuro-phychopathischer Zustände zusammen, deren Grund er in einer Neurose, einer Affection der Ganglien des Bauchsympathicus findet (?). Die ältere Literatur hat diesen Zuständen wenig Aufmerksamkeit geschenkt; zum Theil finden sie sich von den Autoren als *Chorea* des Willens *(Sandras)*, lésions de la volonté (*Billod*), Paradoxieen des Willens *(Knop)* erwähnt. Offenbar gehören auch zu *Morel's* Délire émotif Fälle von Zwangsvorstellungen psychisch Verstimmter, Mord- und Selbstmordmonomanieen (*Esquirol* u. A.), neuralgisch geweckter Mitvorstellungen und Dysthymieen (*Griesinger)*, hypochondrie morale avec conscience de son état *(Falret)*, gem. Fälle von Idiosyncrasieen, hysteropathische Zustände, Zustände von reizbarer Schwäche und Gemüthsschwäche, Nervosismus, Tiks, Bizarrerieen u. s. m. Diese Affectionen bezeichnet nun *M.* als délire émotif und versteht darunter gewisse Perversionen im Fühlen, Wollen, Vor-

stellen impressionabler nervenschwacher Personen bei eigenem Bewusstsein der Störung ihres Mechanismus und ungetrübter Intelligenz.

Eine Haupterscheinung der Neurose, die oft mit Hypochondrie und Hysterie zusammengeworfen wurde, ist nach ihm die Impressionabilität der an ihr Leidenden, die Leichtigkeit, mit der gewisse psychische Eindrücke haften und krankhafte Affecte, Vorstellungen und plötzlich kommende unwiderstehliche Willensimpulse erzeugen, die zuweilen nur ephemeren Bestand gewinnen, aber nicht stationär werden und dann trotz scheinbarer Integrität des Geistes und vollem Krankheitsbewusstsein zu Zuständen grosser psychischer Hemmung und Depression, psychischer Anaesthesie und Abulie fortschreiten, bis schliesslich der Kranke, in allgemeine schmerzliche Negation und Willensschwäche versinkend, alle Selbstbeherrschung verliert. Obwohl die Kranken schmerzlich die Hemmungen ihres Mechanismus empfinden und analysiren, kommen sie nicht dazu, sie in der Aussenwelt zu objectiviren und bleiben dadurch vor Wahnsinn bewahrt. Die Symptome, der Erfolg der Therapie weisen auf eine Neurose des Bauchgangliensystems hin (?). Meist sind auch abdominelle Sensationen, besonders epigastrische vorhanden, mit denen die absurden Ideen entstehen und jeweils sich reproduciren. (Verf. hat hier offenbar durch Neuralgieen und Präcordialdysthymie ausgelöste Zustände von negativen Vorstellungen, Zwangsvorstellungen, Perversitäten des Vorstellens und Strebens etc. im Sinne, ohne aber das periphere neuralgische Element dabei zu erkennen.)

Dass hier eine Gesammtaffection des Nervensystems, ein neuropathischer Zustand besteht, beweisen ihm auch die vielfach bei solchen Kranken sich findenden allgemeinen psychischen und spinalen Hyperaesthesieen, die subjectiven Hitze- und Kältegefühle, auraartige nach verschiedenen Richtungen irradiirende Sensationen, die Erscheinungen von allgemeiner reizbarer Schwäche, die Schlaflosigkeit, wozu noch Secretionsanomalieen (profuse Schweisse), Digestionsstörungen, Constipation mit Diarrhoe wechselnd, später Abmagerung bis zu Kachexie als Erscheinungen gestörter Function der trophischen Nerven kommen.

Mit Exacerbationen dieser nervösen Symptome steigern sich auch jeweils die psychischen, deren Verlauf trotz grosser Chronicität deutliche Exacerbationen und Remissionen erkennen lässt.

Bezüglich der Aetiologie findet Verf., dass die Neurose nur die Kinder und jungen Leute verschont, im mittleren und reiferen Alter auftritt und alle Stände heimsucht. Die wichtigsten occasionellen Momente sind heftige, besonders plötzliche und überraschende Gemüthsbewegungen, die nicht zu unterschätzenden prädisponiren-

den sind erbliche Anlage zu Neurosen und Psychosen überhaupt, sowie alle das Nervenleben schwächenden Einflüsse.

Der Verlauf ist ein chronischer, Uebergang in Irresein kommt vor.

Für die active Periode des Leidens empfehlen sich hydropathische Einwicklungen, Begiessungen, überhaupt Hydrotherapie und Opiate in steigender Dosis. Tonica, Martialia nützen in diesem Stadium nichts, sind selbst schädlich und passen nur für die Zeit der Remissionen und der Reconvalescenz und da, wo die Verdauungsstörungen gehoben sind. Excitantien, Elektricität eignen sich im chronischen Stadium, der Zeit des Marasmus und der psychischen Anaesthesie und Abulie.

Eine Anzahl Krankengeschichten (7) illustriren die interessante Abhandlung, die trotz mangelhafter Sichtung des Materials die Aufmerksamkeit jedes Neuropathologen und psychischen Arztes in Anspruch nehmen und zu weiteren Untersuchungen anregen dürfte.

Wir heben die Beobachtung 2. hervor, wo ein äusserst impressionabler Mann keine Höhe besteigen kann, ohne von der Zwangsvorstellung ergriffen zu werden, in einen Abgrund zu stürzen, und schon beim Gedanken an oder bei der Erwähnung einer Höhe oder Tiefe ausser sich kommt.

So giebt es Fälle, wo Menschen kein Wasser sehen konnten, ohne von negativen Vorstellungen (Mord — Selbstmord) ergriffen zu werden, die sie zittern machten. Hierher gehören auch gewisse Hysterische mit Idiosyncrasieen für gewisse Gerüche, von denen sie sofort Krämpfe bekommen.

Beobachtung 4. giebt den Fall einer sehr impressionablen Frau, die zufällig hörend, dass ein von ihr berührter Hund wüthend gewesen sein könne, sofort von der fixen Idee ergriffen wird, dass Alles um sie inficirt sei und sie wüthend werde.

In Beobachtung 5. fällt ein Mann mit einem Messer zu Boden. Sofort spürt er einen Stich in der Magengegend (Neuralgie), und seit Jahren zittert er beim Anblick eines Messers, und nichts in der Welt vermag ihn ein solches in die Hand zu nehmen.

v. Krafft.

Observations et recherches sur la folie consécutive aux maladies aigues. Par *J. Chéron*. Paris, 1866. 104 S.

Vf. hat zu diesem Zweck eine grössere Anzahl (62) Krankheitsgeschichten, meist fremde, mit nur wenig eigenen, zusammengestellt und hiebei ausschliesslich die französische Literatur berücksichtigt. Die Krankheitsgeschichten sind meist kurz, unvollständig, viele

dürftig, ganz wenige nur mit Sectionsergebnissen verzeichnet. Die Arbeit entbehrt der hier durchaus nöthigen kritischen Gesichtspunkte, und deshalb sind auch die Resultate unbestimmt, oberflächlich. So hören wir, dass die auf den Typhus folgende Geistesstörung oft nur ein Symptom darbietet, nämlich *Stupor* und temporäre Geistesschwäche, dass Grössenwahn ziemlich häufig, seltener Hallucinationen und „un délire triste" sich zeigen, sehr selten die Manie zur Beobachtung kommt. Für die Cholera sind die Hallucinationen und die „conception délirante" die häufigsten Geistesstörungen. In der Convalescenz von Pneumonie zeigt sich am häufigsten „un état maniaque", meist mit Hallucinationen. Auf Gesichts-Erysipelas folgte mehrmals allgemeine Paralyse, einmal auch eine agitation maniaque. Die vier Beobachtungen, welche die nach den Eruptionsfiebern folgenden Psychosen betreffen, stellen die letzteren ihrem Charakter nach zu den Nachkrankheiten auf Typhus. Zwei Beobachtungen besprechen ein im Gefolge von *Angina tonsill.* auftretendes Delirium, einmal von kurzer, das andere Mal von längerer Dauer. — Für reine, nicht complicirte Fälle stellt Verf. die Prognose günstig. — In Betreff der Behandlung wird ein tonisches Verfahren, oft mit Isolirung des Kranken, empfohlen. *Sch.*

J. G. Davey, The prevalence of suicide. Bristol, 1866. 8 p.
— —, Life insurance and suicide. Bristol, 1865. 8 p.
— —, Notes on a case of suicidal mania, before the Bath and Bristol Branch of the Brit. med. Association. Bristol (Mathews), 1865.

Von *J. G. Davey* M. D., liegen uns drei erwähnenswerthe Aufsätze vor, von denen zwei allgemeine Fragen der Psychiatrie, der dritte die Beurtheilung eines speciellen Falles zweifelhafter Geisteskrankheit betreffen.

„Die Prävalenz des Selbstmordes" ist der Titel eines Aufsatzes in Nr. 24 (neue Folge) der „Soc. Science Review". Indem Verf. die zunehmende Häufigkeit des Selbstmordes in England constatirt, wendet er sich gegen die rigorösen Anschauungen, welche wie im Publicum, so bei den Richtern über den Selbstmord walten und Ausdruck finden. Er sieht als Repräsententin derselben eine Schrift von *J. F. Chipchase*: „Prevalence of suicide" aus *Bell*'s weekly

Newspaper an, in welcher mit Eifer die Ansicht verfochten wird, es müsse durch energische Abschreckung gegen den Selbstmord vorgegangen, durch strenge Verdicte der Jury's versuchter Selbstmord gestraft und begangener gebrandmarkt werden. — Dem gegenüber spricht Verf. seine Ueberzeugung aus, der Selbstmord sei in Wahrheit nur ein äusseres Zeichen von innerer und Gehirnkrankheit, seine Ursache ein theilweis abnormer Zustand partieller Gehirnstructur und empfiehlt den Satz eines alten Autors zur Beherzigung: „Selbstmord sollte stets als ein Act des Wahnsinns betrachtet werden". Vf. zieht verschiedene Fälle aus Zeitungen an, in welchen dem Selbstmord kürzere oder längere Zeit, oft selbst unmittelbar Symptome von Geistesstörung, Melancholie, Manie etc. vorangegangen waren, und in welchen trotzdem der Coroner das Verdict: „Felo de se" abgab, worauf der betreffende Unglückliche, nach altem englischen Gesetz, mit allen Schanden Mitternachts bei Fackelschein eingescharrt wurde — „eine Scene, wahrlich würdig der sogenannten guten alten Zeit". — Er führt ferner zwei Fälle von versuchtem Selbstmord an, deren einen ein Epileptiker, von seinen Leiden zur Verzweiflung gebracht, deren anderen eine Säuferin nach einer schweren Debauche gemacht hatte; beide an der Ausführung verhindert, erklärten vor dem Richter ihre Reue, versprachen nie wieder einen gleichen Versuch zu machen und baten nur entlassen zu werden. Man setzte sie statt dessen wie gewöhnlich im Detentionshause fest und unterhielt sie durch Besuche des Caplans. — Vf. fragt, ob dies eine geeignete Therapie für Geisteskranke und ob der Caplan oder der Arzt die passendere Person für deren Behandlung sei? — Man lese, sagt er, die zahlreichen Selbstmordfälle, wie sie in den Zeitungen täglich mitgetheilt werden, und man wird oft schon aus diesen kurzen Mittheilungen, vollends aber bei Untersuchung der Antecedentien finden, dass geistige Störungen der That vorhergegangen sind. Aber diese Fälle werden von einer Jury beurtheilt, die von Geisteskrankheiten eben so wenig wissen kann, wie etwa von verwickelten Fragen der Astronomie oder Geologie. Wolle man Jury's haben, so sollten sie auch aus Sachverständigen zusammengesetzt sein. Es ist Zeit, sagt er, dass der Selbstmord nur noch von einem Standpunkt, dem ärztlichen, betrachtet werde. Statt der sogenannten Präventivmaassregeln des Gesetzes: Furcht und Gefängniss, müssen wir andere einführen: Fürsorge, Schutz und Mitgefühl, unter Einschluss der nöthigen ärztlichen Behandlung. Nur dann können wir hoffen, dem Ueberhandnehmen des Selbstmordes zu wehren.

Diese Entschiedenheit in ausnahmsloser Zurückführung des Selbstmordes auf Geistesstörung hält Vf. auch in dem Aufsatze fest, der unter der Ueberschrift:

„Lebensversicherung und Selbstmord"

im August 1865 zu Leamington vor der Br. med. association von ihm vorgetragen wurde. — Vf. wendet sich sehr energisch gegen den Paragraphen des englischen Gesetzes über Lebensversicherung (plain rules for the guidance of persons desiring to insure their lives), welcher besagt: „Stirbt eine Person, deren Leben durch den Postmaster-General versichert ist, durch eigene Hand . . . so bricht sie damit den mit ihr geschlossenen Contract; alle Zahlungen, die sie geleistet hat, verfallen, und keine Zahlung wird an ihre Familie und Repräsentanten geleistet." — Er betont hier noch schärfer, als an anderen Orten, seinen Grundsatz: dass der Selbstmord nicht eine freiwillige Handlung, sondern ein Symptom der Geistesgestörtheit sei; ja, er geht so weit, den Selbstmord für „ein sehr sicheres Symptom wirklicher Geisteskrankheit" zu erklären und zu behaupten, man werde bei sorgfältiger Erforschung des Sachverhalts in jedem Fall von Selbstmord dies bestätigt finden; „kein Mann, keine Frau, kein Kind lege je Hand an sich selbst, ohne ein Opfer von Geisteszerrüttung (a subject of cerebro mental disorder) zu sein". Eine Behauptung, die freilich nicht dadurch bewiesen wird, dass er in der Folge mehrere wohlcharakterisirte Fälle von *Monomania suicida* aus seiner Erfahrung mittheilt, Personen betreffend, welche sich vorher stets völliger Gesundheit und allgemeiner Achtung erfreuten. — Vf. macht aufmerksam, dass kein Mensch in dem Augenblick, wo er bei Versicherung seines Lebens sich der oben citirten Bestimmung unterwirft, im Stande sei, zu versichern, dass er sich selbst nicht tödten werde; er fordert also „im Namen der Menschenliebe", der „Gerechtigkeit und der Wissenschaft", dass jener Paragraph abgeändert oder, wie er nach seiner Ansicht vom Selbstmord consequenter Weise muss, gestrichen werde. Die erstere Forderung kann man gern unterschreiben, ohne darum die *Davey*'sche Aetiologie des Selbstmordes für alle Fälle zu acceptiren. (Ref. bedauert anführen zu müssen, dass er vorlängst auch bei einer deutschen Lebensversicherung in der nämlichen Frage vergeblich für eine mildere und vernünftigere Praxis gekämpft hat.)

Der Eingangs erwähnte specielle Fall scheint seiner Zeit in der englischen Presse vielfach besprochen zu sein und ist der Gegenstand einer besonderen Broschüre: „Bemerkungen über einen

Fall von Selbstmords-Wahnsinn." (Gelesen in Clifton, April 1865.) *George V. Townley*, in dessen Familie mehrmals Wahnsinn vorgekommen war, hatte im Jahr 1862 ein Verhältniss mit Miss Good*win*, das um diese Zeit einen Bruch erlitt; er zeigte unmittelbar darauf die unzweifelhaftesten Symptome von Geistesstörung, die sich aber bis 1863 völlig wieder verloren hatten. Jetzt, nachdem er sich mehrere Tage durch Opium und Spirituosen aufgeregt hatte, erschien er bei Miss *Goodwin*, liess sie herausrufen, ging mit ihr ruhig durch die Strassen und nachdem er von ihr gehört, dass sie einen Andern liebe und nie die Seine werden würde, erstach er sie. Er erkannte dies sofort an; er habe sie getödtet, weil sie ihn getäuscht habe; ein Weib, das ihn täusche, müsse sterben, wie er ihr selbst gesagt habe. Er sei jetzt glücklicher als vorher und hoffe, dass sie es auch sei. — Das Gericht entschied, die That sei in zurechnungsfähigem Zustand vollbracht und verurtheilte ihn. Die Tagespresse schloss sich dieser Ansicht an; der Vf. jedoch las in der British Medical Association noch vor der Verkündigung des Urtheils einen Vortrag, in welchem er aufstellte: die That sei unter Einfluss von impulsive and homicidal mania vollbracht und führte dafür an: die erbliche Disposition, die nur anderthalb Jahre vorausgegangene Geistesstörung, den Anlass, der geeignet sei, schlummernden Wahnsinn zum Ausbruch zu bringen, den Mangel der Prämeditation und das Benehmen kurz vor und nach der That. — Seitdem hat *Townley*, der niemals das Verbrecherische seiner Handlung anerkannte und an welchem weiterhin kein Zeichen von Geistesstörung bemerkt worden war, seinem Leben ein Ende gemacht. Nachdem er in der Kirche die Worte sagen gehört: „Tod, wo ist dein Stachel? Hölle, wo ist dein Sieg?" sagte er zu seinem Nachbar: „es ist der 119. Psalm", erhob sich und stürzte sich von der Gallerie hinab. Das Verdict lautete auf Selbstmord im Zustande der Geistesstörung. — Der Vf. findet in diesem Ausgange eine Bestätigung seiner früher ausgesprochenen Ansicht. Er betont die Existenz einer Moral-insanity, — ja, dass der Wahnsinn weniger die Intelligenz, als die moralischen Gefühle tangire (was jedenfalls nur von dem Eintrittsstadium einiger Formen gilt — Ref.), dass also auch ohne bemerkbare Störung der Intelligenz ein Mensch geisteskrank und zurechnungsunfähig sein kann. Er wendet seine Kritik gegen eine Schrift von *Robertson* und *Mandsley*: „A medico-legal commentary", welche *T.*'s Geistesgesundheit auf folgendes Raisonnement begründet: Wenn *T.* geisteskrank war, so musste er entweder an *Monomania*, oder *Moral-insanity* oder an *Impulsive* oder *instinc-*

tive insanity leiden; keines von diesen lässt sich beweisen, folglich war er geistesgesund. Das Fehlerhafte dieses Syllogismus nachweisend, betont der Vf., dass es gar keine sichere „Terminologie" der Geisteskrankheiten und folglich auch keine exclusive Diagnose derselben gebe. — Dass Vf. den Selbstmord des *T.* aus der Geistesstörung herleitet, ist selbstverständlich, — auffallend aber, dass er seine oben mitgetheilte Ansicht hier wieder beschränkt: er sei nicht der Meinung, dass jeder Selbstmord auf Geistesstörung beruhe, worin man ihm beistimmen muss.

Fl.

Anstaltsberichte.

Bericht über die Herzoglich Braunschweigische Heil- und Pflege-Anstalt Königslutter. Nebst 4 Tafeln Abbildungen.

Von Director Dr. Hasse.

Die Herzoglich Braunschweigische Irren-, Heil- und Pflege-Anstalt zu Königslutter wurde am 1. December 1865 mit dem Einzuge von 23 männlichen Kranken aus dem St. Alexii-Pflegehause zu Braunschweig eröffnet. Diesem ersten Transport folgte am 18. December ein zweiter mit 13 weiblichen und am 27. ein dritter mit 1 männlichen und 12 weiblichen Kranken. Neu aufgenommen wurden im Laufe des Jahres bis ultimo December 1866: 27 männliche und 23 weibliche Kranke, so dass in diesen 13 Monaten in Summa 99, d. h. 51 männliche und 48 weibliche Kranke behandelt wurden.

Das Procentverhältniss der männlichen und weiblichen Bevölkerung des Herzogthums verhielt sich nach der letzten Zählung wie 49,51 : 50,48, das der Kranken 51,51 : 48,48.

Nach dem Alter vertheilt sich:

auf die Jahre	Kranke		Procent		die Bevölkerung des Herzogthums.		Procent	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
zwischen 15 u. 20	—	2	—	4,8	16,000	15,503	16,68	15,60
- 20 - 25	4	—	7,84	—	12,258	12,369	12,78	12,44
- 25 - 30	3	5	5,88	10,4	10,553	10,965	11,00	11,03
- 30 - 40	16	12	31,37	25,0	18,877	19,769	19,69	19,99
- 40 - 50	15	16	29,41	33,33	12,797	16,641	16,47	16,74
- 50 - 60	9	9	17,64	18,75	11,800	12,470	12,30	12,54
über 60	4	4	7,84	8,33	10,584	11,648	11,04	11,72

Unter den 99 Kranken befanden sich 2 Juden, die übrigen waren sämmtlich Lutheraner. Das Procentverhältniss der ersteren war 2,02, das der israelitischen Bevölkerung des Landes 0,37.

Von den 99 Kranken waren 63,63 pCt. Stadt- und 36,36 Landbewohner. Nach der Bevölkerung des Herzogthums verhielt sich das Procentverhältniss, wie 30,72 : 69,27.

Von den Kranken waren:	Procent.		Sa.
	männl.	weibl.	
Ledig	36,36	15,15	51,51
Verheirathet	14,14	22,22	36,36
Verwittwet	1,00	10,11	11,11
Geschieden	—	1,00	1,00
Von der Bevölkerung:			
Ledig	30,88	28,89	59,78
Verheirathet	16,96	16,85	33,81
Verwittwet	1,62	4,67	6,29
Geschieden	—	—	0,15

Von den 51 männlichen Kranken waren: 18 Handwerker, 14 Tagelöhner, 7 Kaufleute, 5 Oekonomen, 3 Militairpersonen, 1 Geistlicher, 1 Kellner, 1 Schreiber und 1 ohne Beruf.

Von den weiblichen Kranken hatten 2 einen Beruf, die eine war Hebamme, die andere Sängerin.

	männl.	weibl.	Sa.
An Tobsucht litten . . .	3	8	11.
- Melancholie	5	7	12.
- Wahnsinn	1	1	2.
- Epilepsie	6	4	10.
- *Dementia paralytica* .	9	3	12.
- secundärem Blödsinn .	27	25	52.

Geheilt entlassen wurden 10 Kranke und zwar 4 männl. 6 weibl.
Gebessert - - 2 - - - 2 - — -
Ungebessert - - 2 - - - 1 - 1 -
Gestorben sind . . . . . . 8 - - - 5 - 3 -
und zwar 1 männl. Epileptiker und 1 weibl. Melancholische durch

Selbstmord. Von den übrigen 6 gingen 2 an *Erysipelus faciei* zu Grunde, 2 waren Epileptiker und 2 Paralytiker.

Von den geheilten Männern litten 2 an Tobsucht und 2 an Melancholie; von den geheilten Frauen 3 an Tobsucht und 3 an Melancholie.

Von den 51 männlichen Kranken hallucinirten 41 (bei 6 war es wegen hochgradigen Blödsinns nicht zu constatiren; die übrigen 4 waren frei davon); 37 hallucinirten mit dem Gehör, 20 mit dem Gesicht, 6 mit dem Geschmack, 5 mit dem Geruch, 24 mit dem Gefühl. Mit einem Sinne hallucinirten 14, mit zwei 11, mit drei 11, mit vier 2, mit allen 3.

Von den 48 weiblichen Kranken hallucinirten 44 (bei 3 war es wegen hochgradigen Blödsinnes nicht zu constatiren; nur 1 weibl. Kranke schien frei davon zu sein); 38 hallucinirten mit dem Gehör, 27 mit dem Gesicht, 18 mit dem Geschmack, 13 mit dem Geruch, 34 mit dem Gefühl.

Mit einem Sinne hallucinirten 7, mit zwei 13, mit drei 9, mit vier 4, mit allen 11.

Ueber die Ursachen ihrer Krankheit konnten nur bei 42 männlichen und 40 weiblichen Kranken Ermittelungen erhoben werden.

Erbliche Anlage liess sich in 16 Fällen bei den männlichen, in 10 bei den weiblichen, individuelle Prädisposition 6 Mal bei den männlichen, 8 Mal bei den weiblichen Kranken nachweisen.

Die Herzogliche Heil- und Pflege-Anstalt zu Königslutter ist massiv aus Ducksteinen in der H Form gebaut. Der Verbindungsbau A. besteht aus dem Souterrain und 2 Etagen. Im ersteren liegen die Anstaltsküche mit den dazu gehörigen Räumlichkeiten, rechts davon die Bäder der Frauen, links die der Männer. Ueber der Küche im ersten Stock ist die Wohnung des Inspectors, im zweiten die zu gemeinschaftlichen Zusammenkünften bestimmten Salons. Zu Seiten der Wohnung des Inspectors liegen die Abtheilungen der II. Verpflegungsklasse, im zweiten Stock die der I.

Die Seitenflügel, B., ebenfalls aus dem Souterrain und 2 Etagen bestehend, bewohnen die Kranken III. Klasse und zwar die ruhigen in den Abtheilungen oben und unten vor dem Verbindungsbau A. und die unruhigen, unreinlichen und epileptischen hinter demselben. In der Abtheilung C. liegen auf beiden Seiten die Isolirzimmer. In dem Souterrain des Seitenflügels B. der männlichen Abtheilung befinden sich die Werkstätten und Magazine, in dem entsprechenden Theile des Frauenflügels die Radkammer und das Maschinenhaus

für die Wasserleitung und die zum Waschgeschäfte und zum Aufbewahren von Victualien bestimmten Räumlichkeiten.

Jede einzelne Abtheilung besitzt ihren eigenen Abtheilungsgarten und besteht für die I. und II. Klasse aus Einzelzimmern, für die III. Klasse aus einem Tagzimmer, 2 gemeinschaftlichen und 4 Einzelschlafzimmern. Zugleich hat jede Abtheilung einen geräumigen, längs der Wohn- und Schlafzimmer sich hinziehenden, heizbaren Corridor, eine Theeküche, einen zum Aufbewahren des Feuerungsmaterials bestimmten Raum und den Abort.

Die Heizung geschieht durch braune, resp. weisse Kachelöfen, die sich in diesen beiden Wintern ausgezeichnet bewährt haben. In der Abtheilung für Epileptische und den Isolirzimmern ist die Luftheizung eingeführt. Die Aborte sind mit Water-closets versehen und zwar in der Weise, dass beim Druck auf den Sitz die Leitung sich öffnet und das zuströmende Wasser die Faeces wegspült, die in einem grossen Latrinenbehälter gesammelt, zum Düngen benutzt werden.

Die Anstalt birgt auf dem Boden 6 grosse Wasserbehälter, die durch eine von einem Wasserrade in Thätigkeit gesetzte Saugpumpe aus der unmittelbar neben der Anstalt vorbeifliessenden Lutter gefüllt werden und 2,400 Cubikfuss Wasser enthalten. Da die Anstalt für 200 Kranke eingerichtet ist, so können täglich per Kopf über 10 Cubikfuss verbraucht werden. Von diesen Wasserbehältern aus werden eine Fontaine, die Wasch- und Kochküche, die Bäder und sämmtliche Abtheilungen genährt. Eine auf dem Gebiete der Anstalt entspringende Quelle liefert das nöthige Trinkwasser. In jeder Abtheilung des Hauses sind ausserdem in der Wasserleitung Einrichtungen gegen Feuersgefahr getroffen.

Die Logen verdienen insofern einer besonderen Erwähnung, als Seitenlicht eingeführt ist. Die Aussicht ist eine beschränkte und erstreckt sich auf den unmittelbar an das Anstaltsgebiet sich anschliessenden Elm, einer von Buchenwaldungen besetzten, an der höchsten Stelle 1,100 Fuss hohen Gebirgskette.

Die Anstalt mit dem zu ihr gehörigen, zum Garten- und Feldbau bestimmten Gebiete ist mit einer Mauer umgeben. Das Directionsgebäude D. ist von der Anstalt getrennt und steht gegenüber dem Verbindungsbaue A. In den unteren Räumen desselben sind rechts vom Eingange die Empfangs- und Portierzimmer, das Bibliothek- und Directions- und links die Registraturzimmer. Im ersten Stock befindet sich die Wohnung des Directors.

Die Stadt Königslutter, an die sich die Anstalt unmittelbar an-

schliesst, ist von Braunschweig per Post in 2, von Helmstedt und Schöppenstedt (Eisenbahnstationen) in 1½ Stunden zu erreichen.

Noch in diesem Jahre soll Gas in der Anstalt zur Verwendung kommen. Eine Eisenbahn von Magdeburg über Helmstedt, Königslutter nach Braunschweig, die Errichtung von Irrencolonieen in der Nähe der Anstalt und der Bau einer Anstaltscapelle wird angestrebt.

Angestellt resp. angenommen: 1 Assistenzarzt, 1 Inspector, 1 Wirthschafterin, 1 Oberwärter, 1 Oberwärterin, 1 Schreiber, 1 Gärtner, 1 Köchin, 12 Wärterinnen, 4 Waschmädchen, 2 Plätterinnen, 3 Küchenmädchen, 9 Wärter, 1 Schlosser, 1 Schuster, 1 Maurer und 2 Portiers.

Nach dem Reglement (das ich, um Raum zu ersparen, nur im Auszuge mittheile), ist die Anstalt zu Königslutter eine Heil- und Pflege-Anstalt für Geisteskranke beiderlei Geschlechts.

Die Leitung der oberen Verwaltung ist dem Herzoglichen Ober-Sanitäts-Collegium übertragen. Die Direction der Anstalt führt der erste ärztliche Beamte.

Die Anstalt ist zunächst für Inländer bestimmt. Aufnahmsfähig sind:

a) alle diejenigen, welche an einer heilbaren Geisteskrankheit leiden;

b) alle unheilbare Geisteskranke, welche für sich oder Andere gefährlich oder für die öffentliche Schicklichkeit anstössig sind;

c) alle Geisteskranken, die zugleich an Epilepsie leiden.

Die Aufnahme von Idioten, Cretinen und Blödsinnigen des höchsten Grades, Menschen, deren geistige und körperliche Entwickelung auf einer niederen Stufe stehen geblieben, ist nur unter den vorhin unter b) bemerkten Voraussetzungen zulässig.

Die Aufnahme eines Kranken findet Statt auf Ansuchen der Angehörigen oder, wenn der Kranke unter Vormundschaft oder Curatel steht, auf Ansuchen des Vormundes resp. Curators desselben.

Das Aufnahmegesuch ist schriftlich bei der Direction der Anstalt einzureichen und muss mit folgenden Belegen begleitet sein: a) einem Heimathscheine; b) einem Geburtsscheine; c) einem motivirten ärztlichen Gutachten über das Vorhandensein einer Geistesstörung; d) einer Verpflichtung zur regelmässigen Erstattung der Verpflegungskosten.

Auch muss das Gesuch die nöthige Auskunft über die persönlichen Verhältnisse des Kranken (Civilstand: ob ledig, verheirathet

oder verwittwet, Berufsstand, Religionsbekenntniss und dergleichen) enthalten.

Die Direction prüft das Gesuch nebst Anlagen und stellt unter Anschluss der Acten in Betreff der Zulässigkeit der Aufnahme bei dem Herzogl. Ober-Sanitäts-Collegium ihre Anträge, nach deren Prüfung und Genehmigung Letzteres die Direction der Anstalt, unter Rücksendung der Acten, mit dem Vollzuge beauftragt.

In dringenden Fällen kann die Direction der Anstalt die provisorische Aufnahme des Kranken vor Erledigung des vorgeschriebenen Aufnahme-Verfahrens zulassen.

Sind Angehörige, welche für den Kranken sorgen können, nicht vorhanden, oder versäumen dieselben in dieser Sorge ihre Pflicht, oder erwächst aus dem Verbleiben der Kranken in ihren häuslichen Verhältnissen für sie selbst oder für Andere Gefahr, oder sind sie für die öffentliche Schicklichkeit anstössig, so veranlasst die betreffende Herzogl. Kreisdirection auf den Antrag der Ortspolizeibehörde nach beigebrachtem Gutachten des Physikus die Aufnahme in die Anstalt, indem sich dieselbe mit der Direction der letzteren ins Einvernehmen setzt und über die Zeit der Ablieferung das Nöthige verabredet.

Die Verhandlungen müssen über die Heimathsangehörigkeit des Kranken, dessen Vor- und Zunamen, Geburtstag, Religion, Beruf und Stand, und über dessen Vermögensverhältnisse genügende Nachweisung enthalten. Das Physikatsgutachten hat sich insbesondere auch

a) über Namen, Stand, Religion der Eltern und Geschwister, Charakter, Gesundheitsverhältnisse, etwaige Krankheiten und Todesart derselben, über Anlage zu ähnlichen Krankheiten bis zu den Grosseltern hinauf, über den Geist, der in der Familie herrscht,

b) über die Geschichte des Körper- und Seelenlebens des Kranken vor dem Ausbruche der Geistesstörung,

c) über die Geschichte der Krankheit und ihre Behandlung

auszusprechen und schliesslich

d) gutachtlich über die Aufnahme-Qualification zu äussern.

Ausländer können in die Anstalt nur aufgenommen werden, wenn der vorhandene Raum nicht durch Inländer in Anspruch genommen wird. Das Gesuch um Aufnahme eines Ausländers muss ebenfalls von den Angehörigen, dem Vormunde oder dem Curator des Kranken ausgehen.

Als Belege hierzu sind erforderlich: a) ein Heimathsschein oder Pass; b) eine durch einen Arzt zu liefernde Krankheitsgeschichte; c) entweder eine Urkunde, wonach für die Kostenzahlung ein zah-

lungsfähiger Inländer sich verbürgt, oder die Hinterlegung einer mindestens dem vierteljährlichen Kostenbetrage gleichkommenden Summe. Im Uebrigen tritt das Seite 385 erwähnte Verfahren ein.

Hält ein geisteskranker Ausländer sich im Inlande auf, welcher sich oder Anderen gefährlich oder für die öffentliche Schicklichkeit anstössig ist, und dessen Verbringung in die Heimath Anstand findet, so kann die betreffende Herzogl. Kreisdirection die provisorische Aufnahme desselben in die Anstalt veranlassen, in welchem Falle das Seite 386 erwähnte Verfahren zu beobachten ist.

Die Kranken werden ihren gewohnten Lebensverhältnissen gemäss in drei verschiedene Verpflegungsklassen eingereiht, die sich in Betreff der Wohnung und Kost unterscheiden.

Die von den Inländern zu erlegenden und in vierteljährlichen Raten postnumerando zu berichtigenden Verpflegungskosten betragen:

a) für die I. Klasse jährlich mindestens 400 Thlr.
b) - - II. - - - 200—350 Thlr.
c) - - III. - - - 70—150 Thlr.

Bei der Aufnahme von Ausländern unterliegt die Bestimmung des Verpflegungssatzes der jedesmaligen von dem Herzogl. Ober-Sanitäts-Collegium zu genehmigenden Verabredung mit der Direction der Anstalt.

Zahlungsunfähige Kranke, welche auf Kosten der Heimathsgemeinde in die Anstalt aufgenommen werden, sind, insofern nicht etwa die Verpflegung einer höheren Klasse ausdrücklich verlangt ist, in der III. Klasse zu 70 Thlr. zu verpflegen.

In Betreff der zahlungsfähigen Kranken sind für die Bestimmung der Verpflegungsklassen die Anträge der Vertreter der Kranken maassgebend.

Uebrigens haben die Kranken aller Verpflegungsklassen gleichen Antheil an den vorhandenen Mitteln zur Bewirkung ihrer Heilung, und auf Alle soll der Fleiss und die Aufmerksamkeit der Beamten, insbesondere der Aerzte, in gleichem Maasse gerichtet sein.

Die Anstalt gewährt für die festgesetzten Verpflegungskosten in allen Klassen vollständige freie Verpflegung mit Wäsche, gewöhnlicher Wartung, ärztlicher Behandlung und Arznei, Befriedigung der religiösen Bedürfnisse, zweckmässige Beschäftigung und Theilnahme an den gewöhnlichen Vergnügungen.

Für die Bekleidung unbemittelter männlicher Kranken werden von den Gemeinden 15 Thlr., weiblicher 10 Thlr. jährlich erhoben.

Die genesenen, gebesserten und die unschädlich gewordenen Kranken werden von der Direction der Anstalt versuchsweise ent-

lassen. Die Angehörigen und die Gemeinden sind verpflichtet, die von der Direction einige Zeit zuvor zur Entlassung angemeldeten Kranken zurückzunehmen oder ihre Bedenken dagegen der Direction mitzutheilen. Hält diese die Bedenken nicht für begründet, so berichtet sie an das Herzogl. Ober-Sanitäts-Collegium und holt dessen Entscheidung ein.

Die Direction wird darüber, wie die versuchsweise Entlassenen zu behandeln sind, in jedem einzelnen Falle den Angehörigen oder der Ortspolizeibehörde Mittheilung zugehen lassen, deren genaue Beachtung den Betheiligten um so mehr empfohlen wird, als eine sorgsame Behandlung zur Verhütung der nicht selten die Unheilbarkeit herbeiführenden Rückfälle unerlässlich ist.

Die Angehörigen, resp. die betreffende Ortspolizeibehörde haben die Direction von dem Befinden und Benehmen des Entlassenen zunächst nach Ablauf von 4 Wochen, und sodann von 3 zu 3 Monaten in Kenntniss zu setzen. Diesen Nachrichten ist auf Verlangen der Direction ein Zeugniss des behandelnden Arztes oder Physikus beizufügen.

Die Direction spricht nach 4 eingegangenen Krankenberichten, also nach 10 Monaten, entweder die endgültige Entlassung aus, oder die Verlängerung der versuchsweisen und zwar nach Befund je um ein Jahr; und sind während der Dauer der letzteren die eben bezeichneten Mittheilungen über das Befinden des Entlassenen von 3 zu 3 Monaten fortzusetzen.

Wird während der Dauer der versuchsweisen Entlassung die Wiederaufnahme nöthig, so kann diese von der Direction verfügt werden, entweder wenn die Angehörigen ihre Zustimmung geben, oder die betreffende Ortspolizeibehörde im Interesse der öffentlichen Sicherheit oder Schicklichkeit sich dafür ausspricht.

Auch bei einer solchen Wiederaufnahme ist die Direction der Anstalt von der bevorstehenden Ankunft des Kranken rechtzeitig in Kenntniss zu setzen.

Jeder Kranke, wenn er nicht gemeingefährlich oder für die öffentliche Schicklichkeit anstössig ist, kann von den Angehörigen, welche dessen Aufnahme veranlasst haben, zu jeder Zeit zurückgefordert werden.

Erklärung der Abbildungen auf Tafel I. bis IV.

(Herzoglich Braunschweigische Heil- und Pflege-Anstalt Königslutter.)

Tafel I.

Situationsplan.

A. Verbindungsbau. B. Seitenflügel. C. Isolirabtheilung. D. Directionsgebäude.

a. Innerer Anstaltshof, b. Garten des Directors, c. Stiftskirche, d. Weg nach der Anstalt, e. Vorhof, f. innerer Anstaltshof, g. Garten für ruhige, h. Garten für unruhige, i. Garten für epileptische, k. Garten für tobsüchtige Männer niederer Stände, l. Garten für ruhige Männer höherer Stände, m. Gemüsegarten der Anstalt, n. Garten für ruhige Frauen höherer, o. Garten für ruhige Frauen niederer Stände, p. Garten für unruhige und epileptische, q. Garten für tobsüchtige Frauen, r. Lutterfluss, s. Spritzenhaus, t. Fussweg nach dem Elme, u. Chaussee nach Schöppenstedt, v. Friedhof.

Tafel II.

Souterrain.

a. Hauptküche, b. Spülküche, c. Empfang der Speisen für Männer, d. Empfang der Speisen für Frauen, e. Kohlenkeller für die Küche, f. Speisekammer, g. Vorrathskammer, h. Männer-Bäder, i. Abort, k. Kohlenreservoir, l. Kellerräume des Assistenzarztes, m. Eiskeller, n. Werkstätten, o. Leichenkammer, p. Treppenhaus, q. Sectionszimmer, r. Esszimmer für Wärter, s. Magazine, t. Kohlenkeller, u. Cloakengang und Wasserleitung, v. Gemüsezimmer, w. Vorrathskammer, x. Frauen-Bäder, y. Abort, z. Kohlenreservoir, aa. Maschinenhaus, bb. Waschküche, cc. Wäschmagazine, dd. Rollkammer, ee. Vorrathsmagazine, ff. Treppenhaus, gg. Esszimmer für Wärterinnen, hh. Trockenzimmer, ii. Plättestube, kk. Heizofen für Plätteeisen, ll. Magazine, mm. Obst- und Kartoffelkeller, nn. Cloakengang.

Tafel III.

Parterre.

B. Mittelbau. Dienstwohnung des Inspectors.

C. Kranke 2ter Klasse. Männer. a. Corridor, b. Schlafzimmer, c. Wärterzimmer, d. Tagzimmer, e. Theeküche, f. Abort, g. Kohlenbehälter.

D. Kranke 2ter Klasse. Frauen. Wie bei C.

E. Kranke 3ter Klasse. Männer. E I. Ruhige Kranke. Wie bei C.

E II. Unruhige Kranke. a. Corridor, b. Schlafzimmer, c. Tagzimmer, d. Theeküche, e. Àbort, f. Kohlenbehälter, g. Zwischencorridor, h. Magazine des Oberwärters.

E III. Epileptische Kranke. a. Corridor, b. Tagzimmer, c. Schlafzimmer, d. Badezimmer, e. Theeküche, f. Kohlenbehälter, g. Abort.

E IV. Tobsüchtige Kranke. a. Corridor. b. Tagzimmer, c. Logen, d. Gartenzimmer, e. Theeküche.

F. Kranke 3ter Klasse. Frauen. F I. Ruhige Kranke. Wie E I. F II Unruhige Kranke. Wie E II. F III. Epileptische Kranke. Wie E III. F IV. Tobsüchtige Kranke. Wie E IV.

G. Wohnung des Assistenzarztes.

H. Wohnung der Oberwärterin.

J. Magazin.

Tafel IV.

Etage.

B. Gemeinschaftliche Locale: a. Speisezimmer für Herren 1ster Klasse, b. Billordzimmer, c. Saal, d. Gesellschaftszimmer für Damen 1ster Klasse, e. Speisezimmer für Damen 1ster Klasse.

C. Kranke 1ster Klasse. Herren. a. Corridor, b. Wohn- und Schlafzimmer, c. Wärterzimmer, d. Theeküche, e. Abort, f. Kohlenbehälter.

D. Kranke 1ster Klasse. Damen. Wie bei C.

E I. Ruhige Kranke 3ter Klasse. Männer. Wie E I. Parterre.

E II. Unruhige Kranke 1ster und 2ter Klasse. Männer. a. Corridor, b. Wohn- und Schlafzimmer, c. Wärterzimmer, d. Theeküche, e. Abort.

F I. Ruhige Kranke 3ter Klasse. Frauen. Wie F I. Parterre.

F II. Unruhige Kranke 1ster und 2ter Klasse. Frauen. Wie E II.

G. Wohnung des Assistenzarztes. Wie Parterre.

H. Haus-Magazin. a. Vorplatz, b. Magazin, c. Wohnung der Köchin.







Schlundsonde künstlich ernährt wurde. Er bedient sich bei der künstlichen Ernährung, welche er vorkommenden Falles täglich wenigstens 3 Mal vornehmen lässt, des Irrigateurs, in welchen die flüssige Nahrung (Fleischbrühe, Milch, Wein u. s. w.) gebracht und an den die bereits durch die Nase eingeführte, gewöhnlich sehr dünne, Schlundsonde befestigt wird. Referent kann aus Erfahrung diese Methode der Fütterung als sehr einfach und praktisch empfehlen.

Mit grossem Interesse schliesst sich an diese Mittheilung die mikroskopische Untersuchung der in Rosegg angelegten reichhaltigen Sammlung sehr gelungener und instructiver Gehirn- und Rückenmarkspräparate.

Auf eine Anfrage des Herrn *Schürer*, die Resultate der in St. Pirminsberg versuchten Colonisation der Irren betreffend, erklärt der Vorstand jener Anstalt, dass St. Pirminsberg eine Stunde von der Anstalt entfernt ein Gut von 100 Juchert mit Haus, Scheunen und Stallung besitze, wo während 4 bis 8 Wochen im Sommer regelmässig 18 bis 25 männliche Kranke (Reconvalescenten, ruhige Verrückte und Blödsinnige) wohnen und mit Landarbeit beschäftigt werden. Das Haus, ein gewöhnliches altes Bauernhaus, befindet sich in schlechtem baulichen Zustand, die Einrichtungen sind sehr primitiv und ärmlich, und die Kranken finden in Bezug auf Bequemlichkeit, Kost u. s. w. lange nicht, was ihnen die geschlossene Anstalt bietet. Trotzdem fühlen sie sich sehr behaglich auf dem „St. Margrethenberg", verlangen nicht nach der Anstalt zurück, betrachten vielmehr sehr oft die Versetzung auf das Gut als eine Begünstigung. Fluchtversuche sind in den letzten Jahren — schon seit 1849 wird der St. Margrethen Berg für Kranke benützt, seit 2 Jahren aber in grösserer Ausdehnung — nicht vorgekommen. Die Kranken stehen unter Aufsicht des Oeconomieaufsehers und zweier tüchtiger Wärter und werden abwechselnd von den Aerzten, Geistlichen und Beamten der Anstalt besucht. Der Erfolg der so versuchten Colonisation mit der geschlossenen Anstalt als Stütz- und Centralpunkt ist so ermuthigend, dass man mit der Absicht umgeht, nicht blos die bestehenden Localitäten und Einrichtungen zu verbessern, sondern auch ein zweites Haus im Schweizerstyl zum Aufenthaltsort während der Sommermonate für weibliche Kranke — das Gut liegt 3,700 Fuss über dem Meere und kann deshalb nur als Sommeraufenthalt benutzt werden — zu erbauen. Sobald das zweite Haus erstellt ist, soll einer der Aerzte der Anstalt mit seiner Familie — und das ist überall, wo man einen derartigen Versuch machen will, dringend anzurathen — dort wohnen. Referent empfiehlt dem Vorstand de

Waldau, die an empfindlichem Raummangel leidet und vergrössert werden soll, es frisch mit der Colonisation zu versuchen. Die Versammlung theilt im Ganzen die Anschauung des Referenten, nur möchte *Borel* vor allzu sanguinischen Hoffnungen warnen. Was die Reconvalescenten betreffe, so sei es bekannt, bemerkt er, wie gerade sie im Beginn der Reconvalescenz sehr häufig nach Hause verlangen, ungestüm auf Entlassung dringen, zur Flucht geneigt seien; die ruhigen Unheilbaren seien in den geschlossenen Anstalten eine wohl zu schätzende Stütze der Disciplin und Hausordnung. Indessen hält auch Herr *Borel* die Colonisation der Irren des Versuches werth, die Acten aber darüber noch nicht geschlossen.

Von verschiedenen Seiten wurden Klagen laut über die namentlich in industriellen Kantonen immer sich mehrende Schwierigkeit, für den Krankendienst in Irrenanstalten brauchbare Wärter zu finden. Diese Frage, so alt wie die Irrenanstalten, schon so oft ventilirt und immer auf der Tagesordnung der Irrenärzte aller Länder bleibend, rief eine längere Discussion, in der unter Anderm namentlich gute Löhne, entsprechend wie sie Fabriken und Eisenbahnen bieten, Wärterersparnisskassen, Fürsorge für im Dienst erkrankte und invalidgewordene Wärter und Wärterschulen an grösseren Anstalten als die wichtigsten und wirksamsten Mittel zur Abhülfe empfohlen wurden. Herr *Binswanger* wird ersucht, in der nächstjährigen Sitzung zu referiren über die Frage: „wie können am zweckmässigsten geeignete Leute für den Wärterberuf in Irrenanstalten gewonnen, — wie können sie am besten zu Wärtern gebildet und wie am wirksamsten dem Krankendienst für längere Zeit erhalten werden?"

Herr *Schaufelbüel*, Director von Königsfelden, legt die von ihm und Herrn Architekt *Zschokke* in Aarau entworfenen Pläne für die neue in Königsfelden, Kanton Aargau, zu erbauende Irrenheilanstalt vor. Die Anstalt ist für 250 Kranke berechnet, die Baukosten sind zu 2 Millionen Frcs. veranschlagt, die bisherige Anstalt Königsfelden soll als Pflegeanstalt für 300 Kranke später verwendet werden, so dass der Kanton Aargau dann — die Mittel sind schon bewilligt — mit einer Bevölkerung von 220,000 Seelen 2 Irrenanstalten für 550 Kranke und ein Kantonsspital mit 200 Betten in kurzer Zeit besitzen wird!

Dr. *Zinn* legt die von Architekt *Wolff* in Zürich, dem Erbauer der neuen Züricher Irrenanstalt, und ihm entworfenen Pläne für die in St. Pirminsberg projectirten Um- und Neubauten vor. Die Kosten sind auf 250,000 Frcs. veranschlagt und ist diese Summe, nachdem Pläne und Anträge von einer aus den Architekten *Kunkler* und

Kubli und Dr. *Cramer* bestehenden Expertencommission geprüft und im Sinne des Antragstellers begutachtet worden waren, einstimmig vom Grossen Rath genehmigt worden. Die Bauten haben bereits begonnen und sollen 1868 vollendet werden. Dann wird die Anstalt bequem 220 Kranke fassen, und da beinahe alle Gemeinden des Kantons, der 180,000 Einwohner zählt, Armenhäuser besitzen, in denen ruhige und ungefährliche unheilbare, arme Kranke verpflegt werden, für längere Zeit dem Bedürfniss genügen.

Im gleichen Kanton ist ein Hülfsverein für „genesende Gemüthskranke" gebildet und in gedeihlichem Aufschwung.

Die Schweiz darf — Referent ist in Deutschland geboren — stolz sein auf ihre grossartigen Leistungen im Gebiete der öffentlichen Irrenpflege und in Bezug auf ihre Humanitätsanstalten im Allgemeinen. In wenigen Jahren wird sie in beinahe allen Kantonen nicht nur das Versäumte nachgeholt haben, sondern auch die meisten ihrer Nachbarländer durch den Umfang der staatlichen Fürsorge für die Geisteskranken übertroffen haben. Hier zu Land entscheidet das steuerbare Volk durch seine Repräsentanten, den Grossen Rath, selbst und endgültig über den gesammten Staatshaushalt und über die gesammten Ausgaben. Es ist bezeichnend und ehrenvoll für das Land, dass in den letzten Jahren in beinahe allen Kantonen, so z. B. in Zürich, Solothurn, St. Gallen, Aargau, die von den Regierungen für Errichtung und Verbesserung von Kranken- und Irrenanstalten verlangten, im Verhältniss zum Steuercapital und der Bevölkerungszahl sehr hohen Summen in der Regel ohne Widerspruch bewilligt wurden. Der Freistaat steht an Opferwilligkeit für humane Zwecke der Monarchie nicht nach. Zürich mit 260,000 Einwohnern hat das Kloster Rheinau mit einem Aufwande von ca. einer Million Frcs. zu einer Pflegeanstalt für 500 Kranke umgebaut; die neue Heilanstalt ist bereits unter Dach, wird ca. 2,700,000 Frcs. kosten und in 2 Jahren mit 250 Kranken bezogen werden können. Waadt hat bereits die Mittel zum Bau einer neuen Anstalt bewilligt, Schaffhausen, Luzern, Graubünden und namentlich das reiche Basel werden ohne Zweifel bald nachfolgen.

Nach Schluss der Verhandlungen wurde die 1860 erbaute Irrenanstalt Rosegg besichtigt*). Die Anstalt machte auf die Besucher einen sehr wohlthätigen Eindruck. Die Bestrebungen des Directors werden durch eine einsichtige Regierung unterstützt. Rosegg, 20 Minuten von Solothurn entfernt, prachtvoll gelegen und vorzüglich geleitet, war ursprünglich nur für 100 Kranke bestimmt und hat 34 Juchert Land. Im letzten Jahre wurde auf der Männer- und Wei-

*) cf. Taf. V.

herseite ein neuer Zellenbau aufgeführt, so dass die Anstalt — der Kanton Solothurn hat 70,000 Einwohner — bequem 150 Kranke fassen kann. Rosegg, das dem No-Restraint-System schon seit 3 Jahren huldigt — nur in zwei Fällen musste während dieser Zeit davon Abstand genommen werden —, hat nun im Ganzen nur zwei Zellen mit Hochlicht, alle übrigen sogenannten Zellen sind gewöhnliche freundliche Zimmer, deren gewöhnliche Fenster durch ein starkes Drahtgitter geschützt und deren Wände cementirt und mit Oelfarbe angestrichen sind. Das ganze Haus ist linear gebaut mit der Hauptfronte nach Süden, so dass alle Kranken, selbst die in den Zellen, die Aussicht nach der grossartigen Alpenkette geniessen. Nördlich von der Anstalt, circa 2 Stunden entfernt, liegt der bekannte „Weissenstein" (circa 4,000 Fuss über dem Meere). Er gehört zu den „ausgesuchtesten Standpunkten für eine Panoramenansicht der Alpen vom Jura aus", die man — im Vordergrund das breite fruchtbare Aar- und Emmenthal, die Anstalt und die Stadt Solothurn, fernerhin die Seen von Neuenburg, Biel und Murten — vom Säntis bis zum Mont blanc übersieht.

Nach einem Ausflug auf den Weissenstein, an dem Referent leider nicht mehr Theil nehmen konnte, kehrten die Mitglieder unseres Vereins nach zwei genuss- und lehrreichen Tagen zum gewohnten Tagwerk zurück. *A. Zinn.*

Aus Schwerin. — Nahe am Sachsenberg wird zum 1. Juli eine Anstalt für den Unterricht, die Erziehung und die Pflege geistesschwacher Kinder eröffnet, vorläufig für 12 Knaben.

Statut.

1) Der Zweck der Anstalt ist der Unterricht, die Erziehung und die Pflege geistesschwacher Kinder.

2) Die Anstalt wird durch die für die Kinder zu zahlenden Verpflegungsgelder und durch die etatmässigen Zuschüsse aus Landesmitteln erhalten.

3) Unter der Oberaufsicht des Grossherzoglichen Ministeriums, Abtheilung für Medicinal-Angelegenheiten, wird die unmittelbare Beaufsichtigung der Anstalt durch ein Curatorium (Ministerialrath *von Amsberg*, Schulrath *Lorenz*, Medicinalrath *Löwenhardt*) ausgeführt.

4) Die Leitung der Anstalt in allen ihren Theilen ist dem bei ihr angestellten Inspector übertragen, welchem das für den Unterricht und die Pflege der Kinder, sowie zur Führung der Wirthschaft erforderliche Hülfspersonal beigegeben wird. Die Dienstpflichten der einzelnen Angestellten werden durch besondere Instructionen

geregelt. Die ärztliche Aufsicht und Behandlung wird das ärztliche Personal des Sachsenbergs übernehmen.

5) In die Anstalt können nur Kinder aufgenommen werden, welche als bildungsfähig erscheinen. Bis zu einer demnächstigen Erweiterung der Anstalt wird bei Gewährung der Aufnahme auch darauf Rücksicht genommen werden müssen, dass die aufzunehmenden Kinder nicht an Alter und Bildungsfähigkeit zu weit von einander verschieden seien.

6) Aufnahme-Gesuche sind an das Curatorium zu richten, welches über deren Zulässigkeit entscheidet. Die näheren Bestimmungen hierüber sind in der Anlage enthalten. (Jährlich 80 resp. 30 Thlr. Zur Aufnahme: Gesuch, Taufschein, ärztliches Gutachten nach Fragebogen.)

7) Die Entlassung der Kinder erfolgt auf Anordnung des Curatoriums:

1. wenn dieselben diejenige Ausbildung erreicht haben, welcher sie vermöge ihrer Individualität fähig sind;
2. wenn sich herausstellt, dass der Zweck der Anstalt an denselben nicht erreicht werden kann;
3. wenn sich zeigt, dass das fernere Verbleiben derselben in der Anstalt mit der Ordnung und den Einrichtungen der letzteren unvereinbar ist;
4. wenn die zahlungspflichtigen Angehörigen oder Behörden darauf antragen.

(Reg.-Bl. f. d. Grossh. Meckl.-Schwerin. Jahrg. 1867. Nr. 21.)

Ueber die Epileptischen — welche 1859 bis 1865 in der öffentlichen Irren-Anstalt bei St. Petersburg beobachtet wurden, giebt Dr. *Gehewe* folgenden Bericht:

Im Ganzen kamen zur Behandlung 57 Patienten (30 Männer, 27 Weiber). Das Alter beim Eintritt der Patienten variirte vom 10. bis zum 60. Lebensjahre, das frequenteste war von 21—25 Jahren (15); das Alter, in welchem die Krankheit begonnen hatte, konnte leider nur bei 32 Patienten der mangelhaften Anamnese wegen ermittelt werden. Von Kindheit auf soll sie bestanden haben bei 9 Patienten; mit Ausnahme zweier Kranken war der Ursprung bei allen vor dem 25. Jahre. Die Aetiologie konnte nur bei 13 Kranken (10 männlich und 3 weiblich) nachgewiesen werden, und ergab bei den männlichen: Erblichkeit bei 3 Patienten, Hirnentzündung bei 2 Patienten, Apoplexie, Kopfverletzung, Nervenfieber, Schreck und hochgradige Trunksucht des Vaters bei je 1 Patienten. Bei den weiblichen: *Scarlatina*, kalte Seebäder und Sturz vom

Dache. Von den 57 Epileptikern ist einer geheilt worden, desgleichen eine in gebessertem Zustande entlassen; ungeheilt entlassen wurden 12 Patienten (3 M., 9 W.), gestorben sind 28 Patienten (18 M., 10 W.), es blieben somit am Schlusse des Jahres 1865: 15 Patienten (8 M., 7 W.) in der Anstalt. Sectionen wurden an 25 Gestorbenen gemacht und gaben folgende pathologische Veränderungen der einzelnen Organe des Kopfes: Verdickungen der Schädelknochen über das gewöhnliche Maass, zuweilen bis auf's Doppelte bei 10 Patienten (4 M., 6 W.); Asymmetrie der Schädelknochen mit seitlicher Verschiebung bei 1 Weibe; stellenweise Verwachsungen der Hirnhäute und der Nachbarorgane bei 3 Patienten (1 M., 2 W.); Blutergüsse zwischen die Hirnhäute, denen meist starke epileptische Anfälle vorhergingen bei 3 Männern. Die häufigsten Veränderungen zeigten sich im grossen Gehirn. Bei einem Idioten fanden sich die *Gyri* der vorderen Hirnlappen auffallend klein im Vergleiche zu den hinteren; Erweichung des Gehirns sowohl locale als allgemeine, welche die *Medulla* und die Corticalsubstanz betraf, wurde bei 5 Patienten (3 M., 2 W.) gefunden, bei 1 Mann namentlich stark in der Gegend des *Chiasma nn. opt.*; partielle Induction (Sclerose) des Gehirns bei 4 Patienten (2 M., 2 W.); Asymmetrie der grossen Hemisphären bei 3 Weibern; kalkige Concremente fanden sich in den seitlichen Theilen der vorderen Hirnlappen bei 1 Mann und hatten das Ansehen und die Grösse eines kleinen Wallnusskernes jederseits zu 2. Ein erbsengrosser Tuberkel wurde bei 1 Mann in der Corticalsubstanz des linken mittleren Hirnlappens gefunden mit Verwachsung der Hirnhäute und localer Erweichung, jedoch wurden keine Tuberkeln im Gehirn mehr gefunden, trotz der starken Infiltration derselben in Lungen, Milz, Nieren, Darmkanal. Cysten im Gehirne von Linsen- bis Erbsengrösse 6—7, bei einer alten Frau, die 25 Jahre in der Anstalt an nächtlichen epileptischen Anfällen gelitten hatte. Die *Medulla oblongata* und der *Pons Varolii* wiesen in 5 Fällen eine festere Consistenz auf, als im gewöhnlichen Zustande. Namentlich war dieses der Fall bei einem 22jährigen Epileptiker, der sich früher den rechten Hoden ausgeschnitten hatte, um Heilung zu erzielen. Bei ihm war der *Pons Varolii* von sehr fester Consistenz und kreideartigem Aussehen. Das kleine Gehirn zeigte eine Asymmetrie der beiden Hemisphären bei 4 Patienten (1 M., 3 W.), bei 3 war sie in mässigem Grade vorhanden, bei 1 Weibe aber war die eine Hemisphäre fast um die Hälfte kleiner als die andere. Von anderen Organen sei hier erwähnt, dass bei 16 Sectionen (12 M., 4 W.), also fast bei ⅔, Tuberculose der Lungen sich fand. Die Besprechung

der mikroskopischen Untersuchung behält sich Referent für später vor.

Was die Krampfanfälle der Epileptiker betrifft, so sind sie nur in den letzten Jahren präciser gezählt worden (1864 und 1865) und ergeben Folgendes: es wurden bei 9 männlichen 433 und bei 11 weiblichen 534 epileptische Anfälle beobachtet, im Ganzen also bei 20 Patienten 967 Anfälle, die sich auf 320 Monate, welche die 20 Kranken in der Anstalt bis zum Schlusse des Jahres 1865 zubrachten, vertheilten. Durchschnittlich kamen demnach 3 epileptische Anfälle auf einen Monat, jedoch variirt diese Zahl von halbjährigen Pausen bis zu monatlichen Anfällen in der Zahl von 15—20. Nach der Jahreszeit beobachtet ergeben sich für die Wintermonate (November, December, Januar, Februar) 311 Anfälle oder 32,1 pCt., für die Sommermonate (Mai, Juni, Juli, August) 286 oder 29,5 pCt., für den Frühling und Herbst (März, April, September, October) 370 Anfälle oder 38,4 pCt. Es lieferten also die Uebergangsmonate Frühling und Herbst mit ihrer wechselnden Witterung die grösste Procentzahl. Bei Bestimmung der Tageszeiten wurden die Zeitabschnitte nach diätetischen Rücksichten festgestellt: die Nacht, welche vom Schlafengehen bis zum Aufstehen aus den Betten gerechnet wurde, betrug 10 Stunden und zählte 488 Anfälle, d. i. 50,5 pCt., der Tag, vom Aufstehen bis zum Niederlegen in's Bett, dauerte 14 Stunden und zählte 479 Anfälle, d. i. 49,5 pCt. Da bei fast gleichgrossen Procentzahlen beider Tageszeiten die Nacht um 4 Stunden kürzer ist, so ist die Zahl der Anfälle in der Nacht verhältnissmässig grösser, ja sie kann noch grösser dadurch angeschlagen werden, dass die nächtlichen Anfälle der Beobachtung der Krankenwärter leichter entgehen. Der 14stündige Tag kann noch eingetheilt werden in einen Morgen vom Aufstehen bis zum Mittagessen (wo die Patienten mehr nüchtern sind), mit einer Zeitdauer von 6½ Stunden und 277 Anfällen, d. i. 28,5 pCt., und in einen Abend vom Mittagessen bis zum Schlafengehen (wo der Verdauungsprocess rege ist), mit 7½ Stunden und 202 Anfällen, d. i. 21 pCt. Hiernach ergiebt sich, dass der um 1 Stunde kürzere Morgen demnach 7½ pCt. mehr Anfälle aufzuweisen hat, als der Abend.

Schliesslich wurde noch mit Rücksicht auf die althergebrachten Ansichten der Beziehungen erwähnt zwischen den epileptischen Anfällen und den Mondphasen, wobei sich herausstellte, dass bei zunehmendem Monde 530 Anfälle gezählt wurden, d. i. 55 pCt., bei abnehmendem dagegen 437 Anfälle, d. i. 45 pCt. Eine wichtigere und rationellere Beobachtung in meteorologischer Hinsicht mit Be-

zugnahme auf Barometer- und Thermometerstand, sowie Winddirection, verspricht Referent später zu geben.

(St. Petersb. med. Ztschr. 1866. Heft 10 u. 11.)

„*Aus dem Nachlass von Ernst Fr. Fink* — weiland Dr. der Theologie und Pfarrer an der Heilanstalt Illenau. Nebst einem Abriss seines Lebens“ (Heidelberg, Carl Winter's Universitätsbuchhandlung, 1866) ist das Werk betitelt, welches vom Herrn Abt Dr. *Ehrenfeuchter* in Göttingen den vielen Freunden und Verehrern des Dr. *Fink* dargereicht und den durch Jahre lange Amtsthätigkeit an der Heilanstalt Illenau mit dem Entschlafenen auf's Innigste verbundenen DD. *Roller* und *Hergt* gewidmet ist.

Diejenigen, welche Dr. *Fink* längere oder kürzere Zeit nahe standen und in die liebenswürdige Persönlichkeit einen Blick thun durften, werden es dem Dr. *Ehrenfeuchter* Dank wissen, dass er ihnen in dem Buche ein theures Andenken an einen Mann, der ihnen lieb und werth war, geschenkt hat; diejenigen aber, welche Dr. *Fink* nicht persönlich kannten, vielleicht aber Einzelnes, z. B. die Heilanstalten von ihrer kirchlichen Seite, seine Hauskirche etc., von ihm gelesen hatten, werden staunen über die vielseitige Begabung desselben, welche ihnen in dem „Nachlass“ vorgeführt wird. Denn nachdem von S. 1—97 das Lebensbild des Entschlafenen gegeben ward, folgen I. von S. 97—147 Gedichte, die viel Schönes und Liebliches enthalten. Dr. *Fink* hat oft einzelne festliche Tage Illenau's durch poetische Ergüsse verherrlicht. II. von S. 147 bis 179 Philosophisches, III. von S. 179—233 Theologisches, IV. von S. 233—289 Vom Indifferentismus in der evang. Kirche. V. von S. 289 bis 318 Aus der Führung des Predigtamtes.

Jeder dieser Abschnitte gewährt einen neuen Blick in die reiche Lebensfülle des Dr. *Fink*, offenbart die Vielseitigkeit und Mannichfaltigkeit seines Geistes und hilft ein neues Moment bilden für die ächt christliche Erscheinung des Mannes, der in seinem kindlich frommen Wandel ebenso fern war von dem Nihilismus, der sein Nichts jetzt so oft zu erkennen giebt, wie von einer orthodoxen Engherzigkeit, welche allein in einer stricten Uniform das Heil sieht. Dr. *Fink* hat vielmehr ein offenes Auge und klares Verständniss für jedes Gottgegebene in der Menschennatur, und dies befähigte ihn gerade zu seinem so gesegneten Wirken in einer Heilanstalt, die die Kranken ohne Unterschied der Confession und Religion in ihrem Schoosse birgt, um sie für das Fortleben in der grossen Menschenmannichfaltigkeit wieder zu befähigen.

Es ist nicht möglich, auf die vorliegende Schrift noch näher

einzugehen, aber empfehlen wollen wir das Buch allen Denen, welche gesonnen sind, ohne Vorurtheil das Gute und Gediegene anzuerkennen und sich anzueignen, auf welchem Gebiete es sich auch darbieten möge. *St.*

Aus der Italienischen Literatur. — Schon 1865 hat Prof. *Lombroso* in s. „Saggio di Medicina legale delle alienazioni mentali studiate col metodo esperimentale" über das Körpergewicht bei Geistesgestörten sich vernehmen lassen. Ausführlicher lässt er sich nun hierüber aus in einem Aufsatze in der Revista clinica di Bologna vom 31. Januar 1867.

Der geehrte Alienist glaubt sich berechtigt zu behaupten, ohne Besorgniss in Irrthum gerathen zu sein, „dass das Körpergewicht genau den Gang der geistigen Intelligenz und der Geistesentfremdung anzeige." Der Wahnsinnige lässt geringeres Körpergewicht gewahren als der Gesunde, — der Irrsinnige und Pellagröse zeigen constant ein geringeres Gewicht als die mit Manie oder Monomanie Behafteten. Der Geistesgestörte nimmt mit der Heilung au Körpergewicht zu, und dieses auf ungewöhnliche Weise, zum neuen Beweise, dass keine Functions-Modification stattfinden könne ohne Modification von Gewicht, von Form und von Umfang.

Vf. erklärt die besondere Verschiedenheit im Körpergewichte bei geistig Gestörten und nach deren Heilung auf zwei Weisen: Erstens weil während der Anfälle von Raserei eine grosse Quantität Eiweissstoff zu Verlust geht, ferner auch von Muskel- und von Hirn-Phosphaten. Den Beweis hiefür liefert die chemische Analyse des Urins, welcher bei tobsüchtigen Anfällen in geringerem Volumen eine Menge Schwefel- und Phosphor-Säure — zuweilen auch eine grössere Menge Harnstoff als im ruhigen Zustande enthält. Zweitens weil erst mit der Heilung die Assimilationskraft zunimmt. Auf andere Weise liesse sich durchaus nicht erklären, wie falsche Reconvalescenten ebenso reichlich sich nähren könnten, wie wirklich Geheilte, wie sie, während ihre Muskel- und intellectuelle Bewegung spärlich bleibt, dennoch nur ganz geringe Verschiedenheit darbieten könnten im Vergleiche zum Zustande während ihrer wirklichen Tobsucht.

Il giornale medico di Roma vom Februar 1867 berichtet eine Heilung von Lipemanie durch Elektricität.

N., seit wenig Monaten *Lipemaniacus*, kam in die Irrenanstalt Roms in einem kläglichen Zustande: theilnahmslos, apathisch in sich

gezogen, fast cyanotisch im Gesichte, stumm und, wenn befragt, nur zu einer leichten Zusammenziehung des linken Mundwinkels befähigt. Man bezüchtigte ihn übermässigen Genusses von Wein und von Alkolaten.

Man hatte vergebens eine reconstituirende Cur versucht und Prof. *Viale* schlug Faradisation vor. In der ersten Sitzung wurden allgemeine Schläge beigebracht, indem man die Stromgeber theils nach beiden Händen, theils nach dem Nacken und der Hand, oder nach dem Nacken und dem Fusse richtete. Der Kranke blieb fast 15 Minuten unbeweglich. Des anderen Tages war deutliche Besserung zu gewahren darin, dass der Kranke freier einherging, mehr und gerne Speisen zu sich nahm. Nach der vierten Sitzung erwachte er wie aus einem Schlafe, verlangte mit Geberden von selbst die Elektricität und gab zu verstehen, dass er mit jedem Tage mehr Verlangen nach Speise habe. Dabei kehrten sichtlich die Kräfte zurück. Als man ihn bei der fünften Sitzung zu sprechen anregte, gab er mit Zeichen zu verstehen, dass seine Zunge wie geknüpft sei und er sie nicht ausserhalb der Lippen zu bringen vermöge. Dr. *Solfanelli*, welcher die Elektricität in Anwendung brachte, war nunmehr bedacht, den Strom zu localisiren in der Voraussetzung, dass die Sprache durch einen eigenen Torpor der motorischen Zungennerven behindert sei. Demnach wandte er einen Excitator auf den *bubus rachiticus* und einen anderen unter dem Winkel der Kinnlade an, bald dem rechten, bald dem linken *musculus mylo-hyoideus* entsprechend. Gleichzeitig suchte man den Kranken zu veranlassen, seinen Namen auszusprechen, wobei so viel gewonnen wurde, dass sich die Zunge etwas löste und er die ersten Silben herstammelte. Eine des anderen Tages auf 25 Minuten ausgedehnte Sitzung erreichte den Vortheil, dass man seinen Namen verstehen konnte, und dass der Kranke unter anderen schlecht hervorgebrachten Worten seine Befriedigung über seine erlangte Besserung zu erkennen gab, unter inständigem Bitten, bis zu völliger Heilung elektrisirt zu werden. Nach der achten Sitzung hatte er nicht allein seine Sprache vollständig wieder erlangt, sondern durch geistige Munterkeit war er auch äusserst gesprächig geworden und erwähnte, dass seine Zunge lange wie von einem Faden angeknüpft gewesen sei, hauptsächlich an ihrem unteren Theile, wobei es ihm unmöglich war, das Hinderniss zu überwinden, wenn er gefragt wurde, obschon er Alles verstanden habe.

Lipemania homicida — Gerichtsärztliches Erkenntniss, verlängerte Haft. (L'Imparziale Nr. 1 und 2 von 1867.)

Eine 30jährige Bäuerin, von gut geformtem Schädelbau, regel-

mässiger Statur, von feinen und regelmässigen Zügen, sanfter Physiognomie, war am 19. Juli 1866 allein im Hause geblieben mit ihren 2 Söhnchen, denen sie mit einem Rasirmesser zwei Halswunden beibrachte und dann auch sich mit zwei Einschnitten verwundete. Festgenommen und vor den Instructions-Richter gebracht, erregte sie Verdacht von Narrheit. Dieser ward zur Gewissheit, nachdem sie von den beiden Doctoren und Alienisten *Raphael Billi* und *Carl Livi* von Siena examinirt worden war. Ihr Gutachten gründete sich 1) darauf, dass sie einen Grossvater und Vater zu Selbstmördern gehabt; ferner ist einer ihrer Brüder Anfällen von intermittirendem Wahnsinne unterworfen, — man heisst ihn gewöhnlich „den Narren"; 2) auf Grund gegebener Anzeichen, indem sie seit einiger Zeit schweigsamer als gewöhnlich geworden, auch von Besorgniss des ihr nächstens zustossenden Unglücks ergriffen schien, indem man in einem Zimmer ihres Hauses sogar einen Strick zum Aufhängen vorgefunden; 3) auf juridischen Grund, indem wohl nie eine Mutter von guter und friedlicher Gemüthsart, welche zärtlich ihre Söhne liebte, die Hände in deren Blut gewaschen haben und dann gleichzeitig kalt und stumm bei dem Mitleid erregendem Schauspiele geblieben sein würde. In Folge dieses Gutachtens wurde sohin die Frau als lipemanisch ins Irrenhaus von Siena in Verwahrung gebracht. Sie schien nach Ablauf von vier Monaten völlig geheilt — und vertraute als Geheimniss des Attentates, dass sie schon seit ziemlicher Zeit von einer unbeschreiblichen Traurigkeit verfolgt werde, ebenso von Furcht geheimnissvoller Uebel, dass sie ein überwältigendes Bedürfniss gefühlt habe, zu sterben; allein sie habe nicht gewollt, dass ihre Söhne sie überlebten, da auch sie von tausend Missgeschicken bedroht seien. Eines Tages nun überwältigt von diesem krankhaften Triebe, habe sie beschlossen, diese und dann auch sich zu ermorden, darauf hin ihre mit dem Messer bewaffnete Hand erst gegen ihre Kinder und dann gegen sich selbst gekehrt. Beim Anblicke des Blutes sei sie einen Augenblick in sich gegangen, dann aber wieder in ihre wilde Schwermuth verfallen. — Man wollte die Frau aus der Anstalt entlassen, allein man verschob es, da die Familie derselben nicht Gewähr für eine Ueberwachung leistete, welche derartige Fälle nur zu sehr erheischen.

Statistische Notizen vom Jahre 1866 aus der Provinzial-Irrenanstalt von Como. — *Serafino Bonomi* theilt vom Jahre 1866 einen Bericht mit über den Irrenstand in der Provinzial-Anstalt von Como: Bestand vom 31. December 1865 an Männern 20, an Weibern 28, zusammen 48. Eintraten zum ersten Male 1866: 40 M., 29 W., im Ganzen 69. Rückfällige 4 M., 4 W., zusammen 8. Austraten geheilt

oder gebessert 27 M., 12 W., im Ganzen 39. Gestorben sind 12 M., 12 W., zusammen 24. Der Bestand Anfangs 1867 betrug 25 M., 37 W., im Ganzen 62. Die Altersstatistik ergab folgendes Resultat nach dem Vorbestande und dem Zugange der Irren: von 10 bis 20 Jahren 8, von 20 bis 30 Jahren 29, von 30 bis 40 Jahren 31, von 40 bis 50 Jahren 22, von 50 bis 60 Jahren 12, von 60 bis 70 Jahren 10, von 70 bis 80 Jahren 5, demnach im Ganzen 117. Die Mehrzahl trifft sohin auf das Blüthealter von 20 in die 30r Jahre hinein. — Männer, unverheirathete 34, verheirathete 21, verwittwete 4. Weibliche, unverheirathet 31, verheirathet 22, verwittwet 5. Zusammen 65 unverheirathete, 43 verheirathete und 9 verwittwete. Summa 117.

Socialer Zustand nach Vorbestand und Zugang: Bauers- oder Landleute 25 M., 29 W.; Handwerker 25 M., 17 W.; Dienende 2 M., 7 W.; Bürgersleute 7 M., 5 W. Zusammen 54 Bauers- oder Landleute, 42 Handwerker, 9 Dienende, 12 Bürgersleute, im Ganzen 59 Männer und 58 W. Summa 117.

Heimath der Genesenen nach deren Vorbestand und neuem Eintritte: aus den Ortsbezirken von Como 87, von Varese 17, von Lecco 4, nicht zur Provinz Como gehörige 9. Von den 87 aus Como waren 19 aus der Stadt, 36 gehörten den Seegemeinden an, 24 den hochgelegenen Gemeinden und 8 den Voralpen der Brianza.

Uebersicht über die Irren nach Natur und Form ihrer Geistesstörung. Es litten an Manie 40, an Lipemanie 18, an Monomanie 7, Pellegra-Manie 16, Idiotismus 3, *Dementia* 13, *Dementia senilis* 10, Epilepsie 7. Unter die *Maniaci* waren einige Fälle eingereiht worden von *Meningitis acuta* und *Febris typhoidea*, die wegen symptomatischen Deliriums der Anstalt waren zugewiesen worden.

Zur schleichenden Intestinal-Phlogose, — Entero-colitis pellagrosa, unbezähmbar, und zur colliquativen Diarrhoe gesellten sich in nicht seltenen Fällen *hebetudo mentis* oder *subdelirium melancolicum*.

Unter den Monomanieen zählten einige Fälle von *Monomania suicida* und *homicida*, von den Behörden der Anstalt zugewiesen, dann einige Fälle von Daemonomanie, grösstentheils bei weiblichen Individuen. Ausser einigen Halbcretinen fielen unter die Rubrik von *Dementia* im Alter vorgerückte, durch Elend heruntergekommene, welche blos einer restaurirenden Cur oder eines derartigen Regimes bedurften; sie hätten sich vielleicht besser für ein anderes Asyl geeignet, um ihre Tage in Ruhe zu schliessen.

In Bezug auf Erhebung der ätiologischen Momente blieb *Serafino Bonomi* ziemlich unbefriedigt, indem die nächsten Ursachen nicht

ergründet werden konnten und die ärztlichen Berichte unvollständ
waren.

Die Mehrzahl der Subjecte, welche in der Anstalt hergestel
wurden, gehörten der armen Arbeiterklasse an, bei denen, wenig
empfänglich für moralische Impressionen, die psychischen Ursache
prävalirten wie Erblichkeit, Insolation, climacterische Zeit, Missbrau
der Alkolate, Apoplexie, schlechte oder spärliche Alimentation, ge
logische Verhältnisse etc. Bei nicht wenigen war pellagröse Dy
crasie nicht zu verkennen, — und bei anderen waren die depr
mirten Geistesfähigkeiten offenbar an Epilepsie, Lähmung, Rhachit
an Kropf und Scrophulose gebunden und nahmen von daher ihr
Ursprung, ihren Krankheitsheerd. Unter den moralischen Ursache
prädominirten bei weiblichen Personen „religiöse Scrupel
vorzüglich aus erotomanischer oder nymphomanischer Wurzel spro
send. Bei den Männern waren die Hauptursachen ihrer Delirien e
häusliches Missgeschick, ökonomische Zerrüttung, Kummer und So
gen etc.

Ueberblick über die Genesenen nach Jahreszeit
nach dem Zugange. Es traten ein: im Frühlinge 22, im Somm
33, im Herbst 15, im Winter 13, im Ganzen 83.

Nach Zahl des Bestandes und des Zutrittes kommen ungef
42 pCt. auf geheilte oder gebesserte Männer; auf Weiber nur 20 p

Die Berechnung der Epoche vom Eintritte bis zu
Austritte ergab: im ersten Monate 6 M., 1 W., im Ganzen
nach drei Monaten 14 M., 6 W, im Ganzen 20; nach 6 Monat
5 M., 4 W., im Ganzen 9; nach Jahresfrist 2 M., 1 W., im Gan
3, — oder 27 M., 12 W. Zusammen 39.

Statistik der Todesfälle nach Geschlecht. Auf den B
stand vom Vorjahre, auf den Zugang der Neulinge und der Rüc
fälligen kamen 65 Heilungen bei M., gegenüber 12 Todesfällen b
M.; 60 Heilungen bei W. und 12 Todesfälle bei W. Zusamm
125 Heilungen und 24 Todesfälle.

Nach dem Alter vertheilten sich die Todesfälle so: 3 auf
bis 30 Jahre, 3 auf 30 bis 40 Jahre, 4 auf 40 bis 50 Jahre, 4
50 bis 60 Jahre, 5 auf 60 bis 70 Jahre, 5 auf 70 bis 80 Jah
Zusammen 24.

Unter ihnen sind hervorzuheben verschiedene Fälle von *I
mentia senilis* mit Ausgang in Marasmus, ferner von *Dementia p
ralytica*, dann Todesfälle in Folge von *Entero-colitis pellagrosa* und ihr
colliquativen Diarrhöen. Ein Sterbefall kam auf *Tuberculosis pulm
num*, ein anderer auf Krebsgeschwulst der Gebärmutter. In ander
Fällen zeigte Autopsie Blutcongestion nach den Hirnhäuten, ser

Ansammlungen in den *Sinus* und Hirnventrikeln, Hirnerweichung und andere Ausgänge von mehr oder weniger acuter Hirnentzündung. Im Ganzen waren die individuellen Verhältnisse der Heilung ungünstig, indem die Mehrzahl der Irren blutarme, entkräftete Organismen darbot.

In psychiatrischer Beziehung setzt *Bonomi* sein Vertrauen auf hygienische Vorkehrungen und moralische Mittel, wozu ihn seine mehrjährige Erfahrung geleitet. Dr. *B. Ullersperger.*

Geistesstörung in den verschiedenen Stadien nach der sexuellen Conception. — Dr. *Tuke* in Edinburg zieht aus 155 Beobachtungen von Irresein bei Schwangeren, Wöchnerinnen und Ammen oder säugenden Frauen nachstehende Schlussfolgerungen: 1) die Disposition zu Geisteskrankheiten bei Schwangeren ist am grössten in dem Alter von 30 bis 40 Jahren, der Puerperalwahnsinn bricht besonders häufig aus, wenn die ersten Wochenbetten in diesem Alter stattgefunden haben. 2) Die Erstgesegneten werden viel häufiger während der Schwangerschaft oder im Wochenbette geisteskrank, als die öfter geboren habenden Frauen. 3) Das Irresein der Schwangeren erklärt sich meistens im 3., 5. oder 6. Monate. 4) Im Allgemeinen nimmt es die Form der Melancholie oder die der Perversion der Instincte an und lässt sich gewöhnlich leicht heilen. 5) Die erbliche Prädisposition spielt in den drei Perioden (Schwangershhaft, Wochenbett, Lactation) eine wichtige Rolle. In der Mehrheit ihres Vorhandensein rührt sie von materieller Seite her. 6) Die *Mania puerperalis* lässt eine Prädisposition zu den anderen Irreseinsformen nach sich. 7) Wenn sie die melancholische Form begleitet, so kömmt sie am häufigsten gegen den 4. Monat nach der Niederkunft hervor. 8) Die Selbstmordversuche sind dann sehr frequent. 9) Eine schwierige Geburt ist häufiger Ursache des Irreseins, als eine natürliche. 10) Die acute maniakalische Form der *Mania puerperalis* ist leichter heilbar, als die melancholische. 11) Während der Periode der Lactation erscheint das Irresein selten in der ersten Zeit und je länger das Kind an der Brust gesäugt wird, desto mehr vergrössert sich die Disposition zu Geistesstörung. 12) Das Irresein während der Lactation ist viel emphemärer, als das der beiden anderen Perioden, und wenn es die Manieform annimmt, so verschwindet es viel schneller, als unter der melancholischen. 13) Die Geisteskranken der drei Perioden irren sich sehr häufig über die Identität der Personen. 14) In keiner einzigen dieser Perioden ist das Irresein böse oder bedenklich durch sich selbst, und wird es nur dann, wenn es sich mit einer anderen Krankheit, namentlich

einer entzündlichen, complicirt. Die Behandlung lässt den erwünschtesten Erfolg hoffen, wenn man sie gleich bei seinem Beginne unternimmt. Die Prognose stellt sich um so ungünstiger, je länger man mit jener und den Hülfsquellen eines Asyles zögert. 15) Die Geistesstörung complicirt sich in den drei Perioden mit Anämie, deswegen muss man den Kranken die succulentesten Nahrungsmittel reichen und nur mit der äussersten Vorsicht Reizmittel bei ihnen anwenden. 16) Die *Narcotica* sind von gar keinem Nutzen in der acuten maniakalischen Form; in der melancholischen mit Delirium Ideenflucht und Agitation oder Excitation leistet dagegen Morphium in grosser Dosen treffliche Dienste. Stellt sich inzwischen Intoleranz in Bezug auf selbiges heraus, provocirt es insonderheit Uebelkeiten und Erbrechen, so gewährt seine forcirte Anwendung selten gute Erfolge. Dr. *Droste.*

Sussex asylum — unter Dr. *L. Robertson* soll allmälig auf 700 Patienten erweitert werden. Die Kosten pro 1866 betrugen 22,157 Pfd., darunter für Verpflegung 7,363 Pfd., Heizung 1,002 Pfd., Bücher und Vergnügungen 57 Pfd., Gas 161 Pfd., Kleidung 849 Pfd., Gehalt und Löhne 2,874 Pfd., Medicin und Instrumente 489 Pfd. (darunter für Wein und Porter 342 Pfd., Fleischextract 39 Pfd.) In der Landwirthschaft waren vorhanden: 26 Kühe und Mastochsen, 6 Pferde, 27 Schafe, 115 Schweine, 121 Stück Federvieh. Bestand Ende 1865 waren 510 (233 Männer, 277 Weiber), aufgenommen 159 (70 M., 89 W.), gestorben 70 (40 M , 30 W.), entlassen 56 (23 M., 33 W.). Im Durchschnitt täglich 535 in Behandlung. Bestand Ende 1866: 543 (240 M., 303 W.). Es genasen 34,5 pCt. der Aufgenommenen, im Ganzen 26,4 pCt. (24,2 pCt. M., 28,2 pCt. W.); es starben 13 pCt. (16,7 M., 10,1 W.). Der Stiftungstag, der 25. Juli, wird festlich begangen. Seit Eröffnung der Anstalt — seit 7½ Jahren — sind aufgenommen 1,287, incl. 55 wiederholte Aufnahmen (646 M., 641 W.), davon entlassen 744 (406 M., 338 W.), und zwar geheilt 226 (95 M., 131 W.), gebessert 60 (32 M., 28 W.), ungebessert 93 (61 M., 32 W.), gestorben 365 (218 M., 147 W.); durchschnittlich 17,5 pCt. geheilt (14,6 M., 20,4 W.), gebessert 4,6 (4,9 M., 4,3 W.), ungebessert 7,2 (9,4 M , 5,0 W.), gestorben 28,4 33,9 M., 22,9 W.), geblieben 42,3 (37,2 M , 47,4 W.). Unter den 70 Gestorbenen: 8 (5 M., 3 W.) an Apoplexie und Paralyse, 4 an Epilepsie, 10 an *Dem. paral.* (8 M., 2 W.), an Manie, Melancholie und *Dementia* 21 (11 M., 10 W.), an Phthisis 9 (8 M., 1 W.), Herzleiden 7 (1 M., 6 W.). Beschäftigt waren in Garten und Feld 39, mit Schneiderei 11, Schuhmacherei 15, bei der Wäsche 36, Küche 7,

mit Näherei 102. In der Kirche waren durchschnittlich 379 (169 M., 120 W.). Am Gehalt bezieht der ärztliche Director 550 Pfd., der Kaplan 200 Pfd., der Assistent 120 Pfd., der Oberwärter 60 Pfd., die Oberwärterin 50 Pfd, die Wärter von 35—24 Pfd., die Wärterinnen von 25—15 Pfd. (Sussex county lunatic asylum, Hayward's Heath. Eighth annual reports for 1866. Lewis, 1867.)

Nekrolog. — Dr. *Klotz*, welcher am 2. Januar d. J. plötzlich von einer Apoplexie bei atheromatöser Entartung der Arterien befallen und nach 8stündiger Agonie unserem Berufe durch den Tod entrissen wurde, gehörte 37 J. als Hausarzt und 2ter Arzt dem Sonnenstein und vorher 4 Jahre der Privatanstalt des Dr. *Pienitz* an. Sein ganzes Leben war eine sich aufopfernde Hingebung für die Irrenpflege und war ausgezeichnet durch seltene Selbstverleugnung in Ertragung der Beschwerden dieses Berufes. Die letzten Jahre waren von Augenleiden und Erscheinungen des sich durch den Tod manifestirenden Gehirnleidens getrübt.

Inhalt.

Erklärung der Abbildungen
auf Taf. V.

Fig. 1. Grundriss des Erdgeschosses.

A. Administrationsgebäude. Im Souterrain die Küche. Im Erd
geschoss: a. Vestibule, b. Empfangszimmer, c. Bibliothek, d. Portie
e. Bureau des Directors, f. Bureau des Verwalters, g. Magazin un
x. Speiseaufzug.

B. Krankenabtheilungen. Zweite Klasse.

1. Abtheilung für ruhige, 2. für unruhige Kranke, 3. für kö
perlich Kranke und ruhige Pfleglinge, 4. für Unreine, 5. für Aufg
regte, a. Aufenthaltssäle, b. Schlafsäle, c. Wärterzimmer, d. A
waschküche, e. Aborte, f. Isolirzimmer, g. Bäder, h. Heizräum
i. Zimmer des Oberwärters und der Oberwärterin, k. Arbeitsräum

C. Waschhaus. a. Waschzimmer, b. Geräthzimmer, c. Trocke
zimmer.

D. Holzschupgen. a. Schreinerwerkstatt, b. Remise.

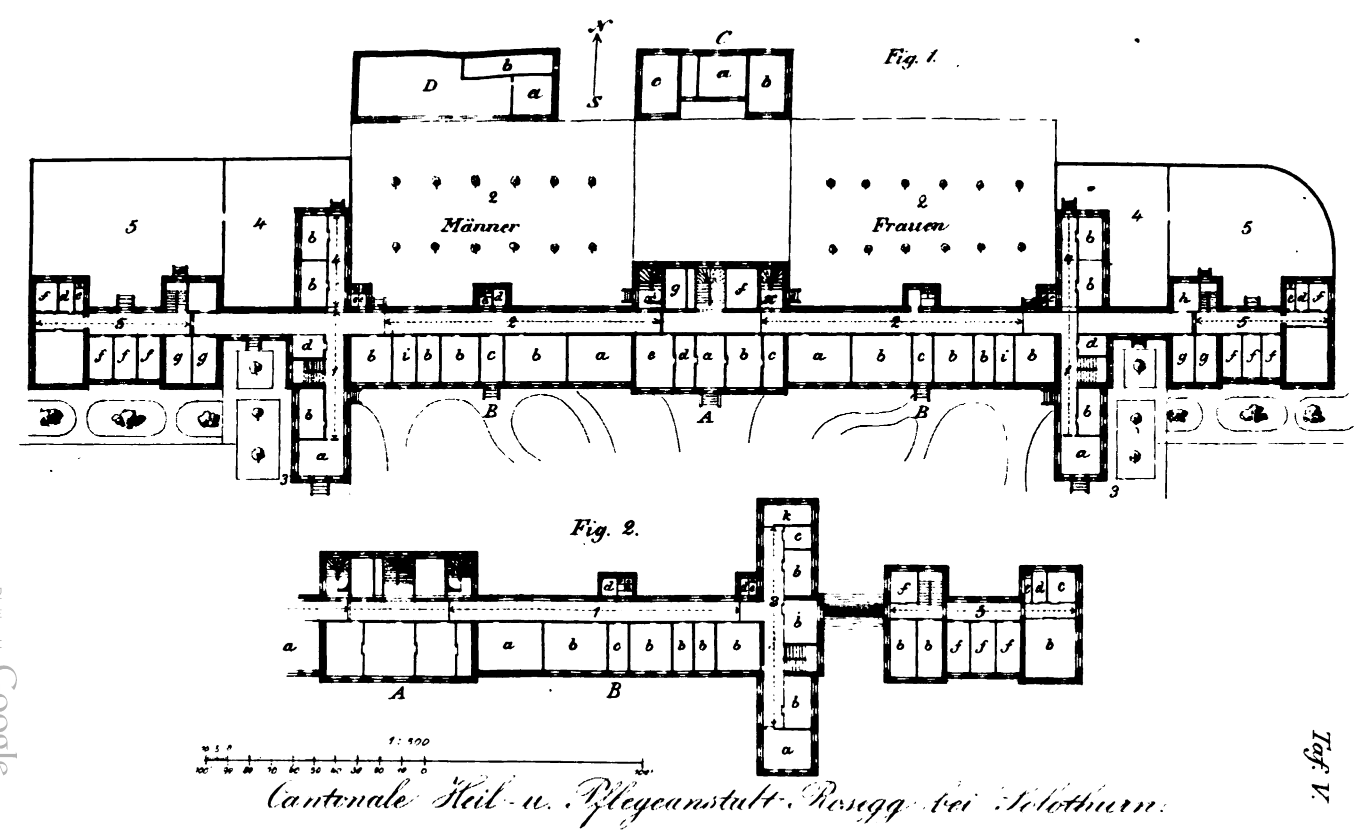
Fig. 2. Grundriss des ersten Stockes.

A. Administrationsgebäude. Im ersten Stock die Wohnung d
Directors, im zweiten die Kirche.

B. Krankenabtheilungen. Erste Klasse.

3. Abtheilung für körperlich Kranke und ruhige Pflegling
5. für Aufgeregte, a. Aufenthaltssäie, b. Schlafsäle, c. Wärterzimm
d. Abwaschküche, e. Aborte, f. Isolirzimmer, k. Arbeitszimmer.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin.


Fig. 1.
Männer
Frauen
Fig. 2.
1:500
Cantonale Heil- u. Pflegeanstalt Rosegg bei Solothurn.
Taf. V.

Beobachtungen über den Puls bei Geisteskranken.

Von
Dr. **O. J. B. Wolff,**
Hülfsarzt an der Irren - Heilanstalt Sachsenberg.

I.

Die nachfolgenden Beobachtungen am Radialpulse Geisteskranker setzen ein klares Verständniss der Hauptphänomene des Radialpulses Geistesgesunder voraus. Bei dem spärlichen Interesse, welches dieser Theil der Semiotik vorzugsweise in der Psychiatrie erfahren hat, ist es nothwendig, vorerst an jene Phänomene zu erinnern. Sie beziehen sich nicht auf die dunkle Vorstellung, welche wir von der Qualität des Pulses durch seine blosse Betastung erlangen, nicht auf das Urtheil, welches uns die durch allerhand Aeusserlichkeiten störbare und darum nur relativ werthvolle Pulsfrequenz zu verschaffen pflegt; sondern sie stützen sich auf exacte Untersuchungen, auf die Anschauung, welche uns die Zeichnung mittelst des Sphygmographen liefert*).

---

*) Vergl. meine Charakteristik des Arterienpulses. Leipzig, 1865, bei W. Engelmann.

Die Kenntniss des *Marey*'schen Sphygmographen — denn nur dieser lässt sich rasch und bequem anwenden — jener Apparat, welcher im Wesentlichen aus einer Feder besteht, die auf die pulsirende Arterie aufgelegt wird und einen an einer vorbeilaufenden Papierplatte schreibenden Zeichenhebel in Bewegung setzt (siehe *Marey*, Physiologie médicale de la circulation du sang. Paris, 1863. pag. 179 ff.), muss vorläufig als bekannt vorausgesetzt werden. Seine Zuverlässigkeit ist von Seiten der Physiologen, zuletzt von *Fick*, (Med. Physik. 2. Auflage) experimentell bewiesen worden, leuchtet übrigens Jedem, der das Instrument fleissig und sorgfältig handhabt, oder auch nur einige Mühe auf methodisches Betasten und Auskultiren des Pulses verwandt hat, von selber ein.

Der Radialpuls des Gesunden, also der normale Radialpuls ist tricrot, Fig. 1.



Fig. 1. (Frequenz 64.)

Wie die Zeichnung lehrt, wird die Polycrotie herbeigeführt durch zwei secundäre Wellen im Abstiege der Curve, von denen die erste etwas kleiner als die zweite ist. Weniger zufolge der geringen Grösse der secundären Wellen des Normalpulses, als vielmehr vermöge ihrer stark terrassenförmigen Lage, ist es in der Regel nicht möglich, den normalen Radialpuls auch tricrot zu fühlen. Ebenso nun, wie die Körpertemperatur des Gesunden zwischen bestimmten Grenzen schwankt, bewahrt sich auch sein Puls den tricroten Typus und nimmt nur sehr vorübergehend unter gewissen, weiter unten näher zu erörternden Umständen eine pathologische Phase an.

In den gemeinen fieberhaften Krankheiten (bei *Typhus*, *Pneumonie*, *Pleuritis*, *Intermittens*, *Erysipelas*,

Rheumatismus, *Peritonitis* etc.) aber verändert der Puls neben seiner Frequenz auch seine Phase und zwar je nach der Höhe der Temperatursteigerung, so dass man aus der einen auf die andere schliessen kann.

Die verschiedenen pathologischen Pulsbilder sind nämlich sammt und sonders Metamorphosen der normalen Pulsphase und stehen dieser nur um so näher, lassen diese um so eher wiedererkennen, je geringer die Temperatursteigerung ist, neben welcher sie vorkommen. Die wichtigste pathologische Pulsmetamorphose ist der von Alters her bekannte **dicrote** Puls, Fig. 2. und 3.,

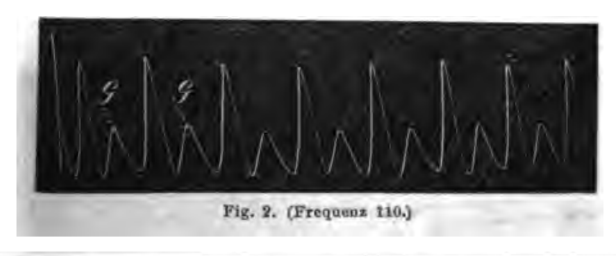


Fig. 2. (Frequenz 110.)



Fig. 3. (Frequenz 110.)

welchem durchschnittlich eine Temperatur von 32° R. zur Seite steht.

Zwischen der normalen und dicroten Pulsphase liegt nun eine mehr oder weniger unvollkommen dicrote Metamorphose, je nachdem die Temperatur der Norm näher oder ferner steht, so dass man bei circa 31° den sogenannten **unvollkommen dicroten** oder unterdicroten Typus antrifft, Fig. 4.



Fig. 4. (Frequenz 90.)

Steigt aber die Temperatar über 32°, so wird die grosse Incisur noch tiefer als vorher, rückt **unter** die Curvenbasis*) und drängt die grosse, dem zweiten fühlbaren Stosse des dicroten Pulses zu Grunde liegende Welle G. in Fig. 2. gleichsam hinaus. Somit ist der dicrote Typus überschritten worden, und wir finden in der Gegend von 33° die **überdicrote** Pulsphase, Fig. 5.,

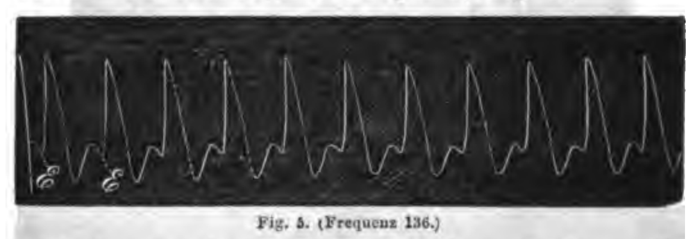


Fig. 5. (Frequenz 136.)

welche kaum mehr zweistössig gefühlt werden kann. Bei noch höheren Fiebersteigerungen wird schliesslich auch der Rest der secundären Welle G. mehr und mehr verkleinert, die Curve **unvollkommen monocrot**, Fig. 6., bis



Fig. 6. (Frequenz 140.)

etwa bei 34° der **monocrote** Typus erreicht ist, Fig. 7.

---

*) Die Curven**basis** ist eine die Scheitelpunkte der Endwinkel (E und E in Fig. 1. und 5.) zweier benachbarter Curven verbindende gerade Linie.

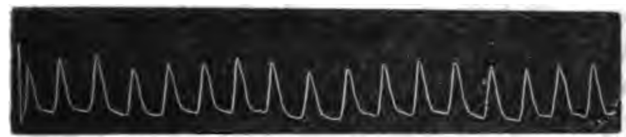


Fig. 7. (Frequenz 170—180.)

Bekanntlich nimmt mit steigender Temperatur auch die Pulsfrequenz zu, und sei nur beiläufig in Erinnerung gebracht, dass, während sie

neben der normalen T. von ca. 30° ca. 60 — 80 ist,
neben ca. 31° - 90—100,
- - 32° - 100—110,
- - 33° - 120—140,
- - 34° - 150—180

Pulsschläge in der Minute die Regel sind.

Von dem neben abnormen Temperatursenkungen einhergehenden *Pulsus rarus*, der, wie man schon *a priori* erwarten wird, ebenfalls eine Reihe pathologischer Metamorphosen eingeht, kommt in den gemeinen fieberhaften Krankheiten nur ausnahmsweise mehr als die erste Phase vor. Während nämlich der normale Puls grob betrachtet noch mehr di- als tricrot aussieht, wird der bei abnormen Temperatursenkungen erscheinende und zugleich pathologisch selten gewordene Puls durch Vergrösserung der ersten secundären Welle so stark tricrot, dass die drei Wellen, aus welchen der Einzelpuls zusammengesetzt ist, ungefähr gleichgross und auf ein Niveau gerückt sind, Fig. 8. Das ist der **vollkommen**



Fig. 8. (Frequenz 50.)

trierete Puls*), den man als dreistössig meist ohne Schwierigkeit auch fühlt und in der Reconvalescenz aus acuten fieberhaften Krankheiten während der tiefen Temperatursenkungen so häufig antrifft.

Dieser Parallelismus von Puls und Temperatur, wonach in Fieberremissionen auch die zu den betreffenden niederen Temperaturgraden gehörigen niederen Pulsmetamorphosen erscheinen und schliesslich neben normaler Temperatur normaler Puls anzutreffen ist — dieser Parallelismus charakterisirt den normalen Verlauf der acuten fieberhaften Krankheiten.

Wenn aber diese Harmonie wesentlich gestört wird, derart, dass die Temperatursteigerungen nicht auch von den entsprechenden Pulsmetamorphosen höheren Ranges, und umgekehrt die Temperaturnachlässe nicht von den zugehörigen, der Norm näher stehenden Pulsphasen begleitet werden, so haben wir es immer mit einer Krankheit oder Krankheitsperiode zu thun, in welcher die Betheiligung des Centralnervenapparates ungewöhnlich gross und gefahrbringend ist. Daher finden wir denn auch bei den fieberhaft verlaufenden Krankheiten des Nervensystems selber den Parallelismus zwischen Temperatur und Puls, wie schon häufig genug die Pulsfrequenz anzeigt, mehr oder weniger gestört.

Die uns hier beschäftigenden Psychosen nun sind als eine grosse Gruppe der Krankheiten mit wesentlicher Betheiligung des Nervensystems, oder wenn man will, als das Gros der

---

*) In dem gradlinig verlaufenden Endstück der Descensionslinie bemerkt man sehr kleine, unregelmässig wiederkehrende Schwankungen. Sie rühren davon her, dass das Individuum ein wenig zitterte, und können diese kleinen Stösse dann erst zum Ausdrucke kommen, wenn sie nicht mehr durch die unendlich viel grösseren Wellenbewegungen, welche im ersten Drittel der Pulszeit vor sich gehen, annullirt werden.



Nervenkrankheiten selber, das Terrain, auf welchem der Parallelismus, das gesetzmässige Zusammengehen von Temperatur und Puls regelmässig gestört ist. Diese Störung wird aber noch erhöht durch den Umstand, dass der Puls bei den der Rückbildung unfähig gewordenen Psychosen eine ganz andere Norm annimmt, einen Typus, der zwar wiewohl weniger vollkommen auch im Laufe anderer Krankheiten vorübergehend auftreten kann, bei welchem aber der Nichtgeisteskranke zahlreiche Erscheinungen vom Centralnervensystem darbietet und klagt, so dass er sich körperlich und geistig äusserst schwach fühlt: während sich der unheilbare Geisteskranke bei diesem Pulse am relativ wohlsten befindet und dem oberflächlichen Beschauer sogar psychisch gesund erscheinen kann. **Dieser Normalpuls für die unheilbaren Psychosen ist der Pulsus tardus.**

Um nun zunächst das angedeutete Missverhältniss zwischen Puls und Temperatur der Geisteskranken näher würdigen zu können, müssen wir uns

1) die Temperaturverhältnisse dieser Kranken im Allgemeinen vergegenwärtigen und

2) nachdem darauf hingewiesen worden ist, dass die Psychosen in der Regel ohne erhebliche Temperatursteigerung verlaufen, die verschiedenen Modificationen des Normalradialpulses genauer in's Auge fassen.

1.

Die Axillartemperatur der Psychosen als solche verläuft meist ohne erhebliche Abweichungen von der Norm, so dass man im Allgemeinen sagen kann: Temperatursteigerungen über 30°,3 R. weisen

hin auf eine intercurrente körperliche Krankheit, die also zu der Psychose als solcher in directem Abhängigkeitsverhältnisse nicht steht. Da nun eine Gruppe von Geisteskrankheiten, nämlich die *Melancholia attonita*, der melancholische Wahnsinn, der apathische oder melancholische Blödsinn mit Lähmung und dergleichen, vor Allem aber die erstgenannte Krankheitsform in der Regel etwas niedrigere Tagestemperaturen hat, als die Norm besagt, und zwar sich ungefähr zwischen 28°,8 und 29°,7 hält, so kann man schon bei Temperatursteigerungen dieser Kranken bis auf 30°,0 fast regelmässig beobachten, dass sie durch eine intercurrente Krankheit — und wäre es Nichts weiter als ein beginnender Furunkel und dgl. — bedingt werde. Andererseits aber verläuft bekanntlich die *Dementia paralytica* gewöhnlich, die Manie und *Melancholia activa* nicht selten in etwas über der Norm liegenden Temperatur und reichen die höchsten Temperaturziffern bei Paralyse mitunter hinauf bis 30,6 und mehr, ohne dass ein schlagartiger Anfall vorauf ging oder eine andere als die chronische Gehirnkrankheit nachweisbar wäre. Auch im Verlaufe der Tobanfälle scheint die Temperatur, soweit man hierbei noch untersuchen kann, die Höhe von 31° nicht zu erreichen, und da die übrigen Formen und Stadien psychischer Erkrankung im Allgemeinen keine, sicher aber nur höchst selten eine wesentlich höhere Temperatursteigerung als 30°,6 zu haben pflegen, so kann man festhalten, dass bei Geisteskranken Temperatursteigerungen über 30,3, zumal wenn Erhöhungen geringeren Grades vorher nicht vorkommen, oder gar continuirliche Temperatursenkung die Regel war, auf das Vorhandensein eines besonderen körperlichen Leidens hinweisen.

Die Temperatur der intercurrenten fieberhaften Krankheiten hat in der Regel denselben Gang, der ihr bei den gleichnamigen primären Erkrankungen

Geistesgesunder zukommt; die Temperaturhöhe wird aber im Allgemeinen etwas (½—1° R.) niedriger angetroffen, da die Mehrzahl der fieberhaften Erkrankungen im Irrenhause auf die das Gros seiner Bevölkerung bildenden viele Jahre lang Kranken, Unheilbaren fällt, die ja vorzeitig oder in Wirklichkeit bereits in das Senium getreten sind, und schon in ihrem fieberfreien, relativ gesunden Zustande durchschnittlich eine um ca. ½ Grad niedrigere Tagestemperatur haben, als Gesunde in ihrem Alter.

Ueber den Verlauf der Tagestemperatur psychisch Kranker kann man im Allgemeinen schwerlich etwas Anderes angeben, als dass er grösstentheils atypisch ist. Bald trifft man früh, und das vorzugsweise bei der *Melancholia passiva*, die höchste Ziffer, meist aber kurz nach Mittage; bald liegt sie, und dieses gewöhnlich bei Manie und *Dementia palalytica*, in den ersten Abendstunden. Die grosse Temperatursenkung bei *Melancholia attonita*, die in den ersten Nachtstunden nicht selten noch bis unter 28°,5 reicht, wird in der Regel schon in den ersten Nachmittagsstunden angetreten, derart, dass man Abends zwischen 5 und 6 Uhr durchschnittlich bereits 29°,0 erhält. Jedenfalls ist der regelmässige Gang der Tagestemperatur, der beim vollkommen Gesunden unter fast allen Lebensverhältnissen stattfindet, beim Geisteskranken gestört und erfolgt allenfalls beim einzelnen Individuum, gleichviel ob nach dem Vorbilde des Gesunden oder nicht, einigermaassen gesetzmässig. Nur unheilbare, körperlich gesund und rüstig erscheinende Geisteskranke, die noch nicht Jahre lang krank gewesen sind, also Wahnsinnige, Manche schwachsinnig gewordene, haben in ihren ruhigen Zeiten noch am häufigsten die Temperatur des geistig und körperlich Gesunden*).

---

*) Die vorstehenden Sätze über die Temperatur der Geistes-

Hiernach wird der Werth der blossen Temperaturmessung für die Psychose als solche eben nicht sehr hoch anzuschlagen sein. Er verringert sich auch noch dadurch, dass die Blut- und Wärmevertheilung über den Körper der Geisteskranken bekanntlich eine viel ungleichere ist, als bei den gemeinen körperlichen Kranken, deren Temperaturverhältnisse zum Vergleich für unsere Ergebnisse schlechterdings doch im Auge behalten werden müssen.

Nichtsdestoweniger aber erlangen die Temperaturmessungen bei Geisteskranken dann eine hervorragende Bedeutung, wenn sie vor Allem den Pulsbefunden gegenübergestellt werden. Dann bildet Temperatur und Puls auch hier die sichere Basis, auf welcher das Gebäude der Krankheitsbeurtheilung errichtet werden kann.

2.

Der normale Radialpuls Geistesgesunder.

Die Feststellung des normalen Radialpulses ist durch-

---

kranken sind den Beobachtungen entnommen, welche in der Irrenheilanstalt Sachsenberg auf Veranlassung des Dirigenten, Herrn Med.-Rath Dr. *Löwenhardt*, seit länger als zwei Jahren tagtäglich regelmässig von meinem Collegen Dr. *Nötel* und mir gemacht worden. Die meisten Kranken wurden freilich täglich nur zwei Mal, nämlich früh und Abends, und zwar grösstentheils ausser Bett, also im Sitzen gemessen. Wo aber die Temperatur in den zwischenliegenden Zeiten Besonderheiten vermuthen liess und wirklich darbot, ward täglich 3, 4 und mehr Mal gemessen; einige solcher genauer Beobachteten, weil heilbarer Fälle, sind viele Monate bis über ein Jahr lang früh zwischen 7 und 8, Mittag 1 Uhr und Abend 5 und 9 Uhr regelmässig thermometrirt worden.

Die Temperaturverhältnisse bei allen nur erdenklichen Formen von veralteter Psychose mit und ohne Fieber konnte ich schon in Colditz, wo Herr Director Dr. *Voppel* bereits seit geraumer Zeit thermometriren liess, reichlich studiren, und die nöthigen Erfahrungen in den gemeinen somatischen Krankheiten stammen aus der Zeit meiner Assistenz an *Wunderlich's* berühmter Klinik.

aus keine so einfache Sache, als man vielleicht vermuthet. Man würde sich der Gefahr, mannichfache Irrthümer zu begehen, aussetzen, wollte man die Pulsbilder als normale ausgeben, welche zum Vorschein kommen, wenn man den ersten besten Mann, dessen Gesundheit uns sicher zu sein scheint, hinlegt und zeichnet. Ich war kaum jemals im Stande, einem Fremden auf der Stelle an irgend einem Gesunden normale Pulscurven vorzuzeichnen, wenn der Letztere mit dieser Untersuchung noch nicht bekannt war. Nicht als ob der zu Untersuchende selber erst sich hierzu viel Geschick aneignen müsste, sondern eine gewisse Beklommenheit, Erwartung, Neugier, mit einem Worte, die gemüthliche, mehr oder weniger grosse Erregung ist es, welche, selbst wenn die Herrichtung und Herbeischaffung der zum Zeichnen erforderlichen Dinge — ein bequemes Lager und dgl. — längst geschehen ist und keine Unbequemlichkeiten oder gar mechanische Aufregung des Blutumlaufes verursacht hat, — die gemüthliche Erregung vor und beim ersten Pulszeichnen ist es, welche die normale Pulsphase, und zwar diese mehr als irgend eine pathologische verändert. Denn der Kranke weiss, dass eine Untersuchung Noth thut; der Gesunde aber stutzt.

Diese Erscheinung, so unbequem sie in mancher Beziehung ist, liefert aber doch einen schönen Beweis von dem innigen Zusammenhange zwischen psychischen und somatischen Vorgängen und eröffnet zugleich eine, wie sich alsbald ergeben wird, überraschend erfolgreiche Aussicht auf den praktischen Nutzen der Pulsuntersuchung bei Geisteskranken.

Um den normalen Puls eines gesunden Menschen zu erhalten, muss man ihn wiederholt in die nöthige Ruhe versetzen, und wiederholt, d. h. einige Tage hintereinander, jeden Tag womöglich zwei Male und jedes

Mal mehrere Platten zeichnen. Die Producte der ersten Untersuchung sind regelmässig durch Zittern verunreinigt und für ein an Pulscurvenlesen noch nicht gewöhntes Auge nicht unmittelbar verständlich. Aber schon wenn man während dieses ersten Versuches Ausdauer hat und gegen ein Dutzend Curvenreihen zeichnet, wenn die Sache dem Untersuchten gleichgültig wird, wenn die Pulsfrequenz, die im Anfange bisweilen zu niedrig, ganz gewöhnlich aber zu hoch war, ihre individuell normale oder doch annähernd normale Ziffer annimmt, die oft sehr bedeutende Arteriencontraction nachlässt und der Puls grösser wird: da kann man sehen, wie der Pulstypus allmählig anders, d. i. der Norm ähnlicher geworden ist. Von da an, wo sich die Pulsbilder in den nächstfolgenden Tagen unter gleichen äusseren Verhältnissen gleich bleiben, hat man bei einem wirklich gesunden Menschen denn auch normale Pulscurven vor sich. —

Auf diese Weise habe ich aber wenig Individuen untersucht, denn sie ist für beide Theile oft herzlich langweilig. Die ausgedehnten Untersuchungen, welche zur Feststellung des normalen Radialpulses nöthig waren*), habe ich nicht an Gesunden, sondern an gesund Gewordenen im Hospitale vorgenommen, an Leuten, die ihre ganze acute Krankheit hindurch tagtäglich wenigstens zwei Mal, nämlich früh und Abends, gezeichnet worden waren, und die sich neben der exactesten Prüfung mittelst der übrigen Hülfsmittel auf Krankheit oder Gesundheit an die Pulsuntersuchung auf das Vollständigste gewöhnt hatten.

Die Curve des normalen Radialpulses hat verschiedene Modificationen. Ich übergehe hierbei den Kinderpuls und scheide zunächst zwischen dem

*) Vgl. meine Charakteristik des Arterienpulses.

Mannes- und dem Greisenpulse. Der letztere hat eine merkwürdig constante Form; bei dem ersteren aber haben wir den kleinen und den grossen Normalpuls nebst einer Varietät dieser beiden Arten festzuhalten.

a. Der gemeine Mannespuls.

Klein ist der Puls vor, gross nach der Nahrungsaufnahme, ebenso wie sich die Temperatur nach dieser Thätigkeit, wenn auch zuvörderst noch nicht über alle Theile des Körpers gleichmässig, erhöht. Allein durch die oft sehr beträchtliche Beschleunigung der Herzarbeit, welche die Verdauung setzt, wird der normale Puls auf die Zeit seiner Frequenzvermehrung ganz gewöhnlich mehr oder weniger verändert, nämlich so, dass er einen geringen Grad von Dicrotismus annimmt. Zu Untersuchungen des Normalpulses werden wir also die Zeit nach dem Essen, namentlich nach der Hauptmahlzeit nicht benutzen können, obgleich sie den Vortheil darbietet, dass der Puls schön gross ist. Schon besser wie die Verdauung lässt sich die Körperbewegung verwenden, um den grossen Normalpuls zu studiren; denn dieselbe störende Folgeerscheinung, die Frequenzvermehrung lässt in der Regel bald nach. Nach Körperbewegung bleibt aber dasselbe zurück wie nach der Nahrungsaufnahme, nämlich die erhöhte Eigenwärme und zwar vorzugsweise die der Extremitäten. Wir werden daher, um den grossen Normalpuls mit möglichster Vermeidung von störenden Nebenumständen zu untersuchen, dem Körper vollständige Ruhe lassen und ihm einfach entweder mehr Wärme zuführen oder seinen Wärmeverlust erschweren. Denn die Kälte ist das mächtigste Agens für die Arterienverengerung, wie umgekehrt die Wärme für deren Erweiterung. In der Kälte ist der Puls klein, in der Wärme ist er gross — und dies Alles sind sehr be-

kannte Thatsachen, an die man sich aber *in praxi* nicht oft genug erinnern kann.

Bei einer Lebensweise, wo man Mittag 12 oder 1 Uhr die Hauptmahlzeit hält, früh und Abend 6 oder 7 Uhr aber verhältnissmässig weniger Nahrung zu sich nimmt, und den Tag über keine erschöpfenden Körperbewegungen macht, ist der Puls *in den späteren Vormittagsstunden klein* oder doch relativ klein, *in den späteren Nachmittagsstunden gross*, so dass man für den an solche Untersuchungen bereits gewöhnten Gesunden unter diesen Voraussetzungen keiner besonderen Vorbereitungen bedarf, um die beiden Hauptarten des normalen Pulses ungestört zu erhalten.

Dass schliesslich Leute mit stark entwickeltem Unterhautfettgewebe kleinen und umgekehrt magere Personen grossen Puls haben und dergleichen mehr, bedarf nicht der Erwähnung.

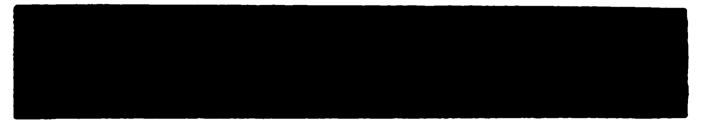


Fig. 9.



Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 14.

an. So rührt z. B. in Fig. 12. die schwach bogenförmige Krümmung des ersten Stückes Descensionslinie von der Anwesenheit jener kleinen Vorwelle her, so ist Fig. 15.



Fig. 15.

ein Uebergang vom kleinen in den grossen Normalpuls, und so liessen sich die Beispiele beliebig vermehren.

Es ist unumgänglich nothwendig, dass man sich die Typen des normalen Pulses fest einprägt; denn es ist die Basis für das Verständniss der verschiedenen pathologischen, bei Geisteskranken nahezu pathognomonischen Pulsbilder. Die sphygmographische Untersuchungsmethode der Geisteskranken wird aber, so hoffe ich, in nicht zu langer Zeit eine ähnliche Wichtigkeit für die Diagnose dieser wie der gesammten Nervenkrankheiten erlangen, und einer ähnlichen Verbreitung unter den Fachgenossen würdig werden, die sich die Temperaturmessung bei fieberhaften Krankheiten mit dem unbestreitbarsten Rechte allmählig errungen hat.

Für das Selbststudium dieser Materie sei nochmals erwähnt, dass man ja nicht, wenigstens für den Anfang

nicht versäume, von dem betreffenden Pulse mehrere, etwa vier bis sechs Curvenreihen in aller Ruhe, und ohne dass man mit der Versuchsperson zwischendurch spricht, zu zeichnen; denn einmal gelingen die ersten auch einer geübten Hand nicht immer, und dann hat namentlich der kleine, im *panniculus adiposus* versteckte Puls die vortheilhafte Eigenthümlichkeit, während des Zeichnens allmählig etwas grösser zu werden, weil sich die Fühlfeder im Laufe der Untersuchungszeit in die Weichtheile mehr und mehr eindrückt und so der Arterie näher kommt.

Da im Eingange von den die normale Pulsphase störenden, mit der Procedur des Zeichnens bei Neulingen verbundenen Gemüthsbewegungen die Rede war, so seien die wesentlichsten, von dieser herrührenden Erregungsbilder hier sogleich angeführt.

Fig. 16. Man sieht, dass in Fig. 16., die zugleich eine



Fig. 16.

Art von der im Affecte so gewöhnlichen Pulsirregularität darstellt, bei v. v. v. namentlich die Vorwelle verstärkt ist und den auffallend hochliegenden zweiten Pulsstoss wesentlich mitbildet, während nur die auf das Ende des tiefen Inspiriums fallenden Curven J. J. der Norm nahe kommen. Aehnlich verhält sich der in Fig. 17. wieder-



Fig. 17.

gegebene Puls; er bietet aber noch eine Eigenthümlichkeit dar, die, wo sie vorhanden ist, immer Gemüthsbewegung, und zwar schreckhafte Erregung anzeigt, nicht aber umgekehrt: das ist die wellenartige Biegung im Endstück der Descensionslinie, die Endwelle E. E.

Beim Zeichnen der Person, welcher die Fig. 17 entnommen ward (es war ein völlig gesunder, 26jähriger Wärter, der sich viel Mühe gab, seine Verlegenheit bei dieser ihm offenbar sehr unnöthig erscheinenden Untersuchung, die er aber schicklicher Weise doch über sich ergehen lassen musste, zu unterdrücken), stellte sich noch ein anderes, bei Schreck und ähnlichen Gemüthsbewegungen sehr gemeines Pulsphänomen ein, dessen bei dieser Gelegenheit noch mit gedacht werden soll. Fig. 18.



Fig. 18.

Es ist die Erscheinung, dass der Puls plötzlich auszusetzen scheint. Ich sage scheint; denn obgleich man ganz gewöhnlich nicht fühlt, dass während dieser Pause Etwas in der Arterie vor sich geht, so weist doch der Sphygmograph zur Ueberraschung für den, der diese Wahrnehmung zum ersten Male macht, nach, dass kein Pulsschlag wirklich ausgefallen, sondern nur ein kleiner und zwar (bei a. in Fig. 18.) früher erfolgt ist, als nach dem Tempo der Frequenz zu erwarten war. Die Systole des Herzens hat sich in diesem Falle also gleichsam übereilt. Sie ruht in Folge dessen nun auch längere Zeit (von b—c.), als gewöhnlich, um die Arbeit mit erneuten Kräften wieder aufzunehmen. Mit erneuter Kraft, denn der auf die scheinbare Pause nächstfolgende Puls-

stoss ist ausnahmslos grösser und energischer als alle vorhergehenden. Der verfrüht einfallende kleine Puls ist, beiläufig gesagt, immer dicrot, wenn der Typus der regelmässig erfolgenden Schläge, wenn der typische Puls normal oder nahezu normal tricrot ist — ein Fingerzeig für die Entstehung des Dicrotismus. Fig. 19.



Fig. 19.

zeigt beim Greisenpulse, von welchem alsbald die Rede sein wird, dieselbe Erscheinung in der Erregung, das scheinbare Aussetzen, den *Pulsus pseudointermittens.* Es ist derselbe aussetzende Puls beim erschrockenen Kinde, wenn es der Doctor an die Hand fasst.

Eine andere Art von Erregungspuls stellen die Figuren 20., 21., 22. dar. Die Vorwelle ist so gut wie



Fig. 20.



Fig. 21.



Fig. 22.

geschwunden, die erste secundäre Welle sehr gross, liegt im Verhältniss zum Curvengipfel auffallend tief und ist durch eine breite Incisur von der hohen, ausserordentlich schnellenden Gipfelwelle getrennt.

Dicroter Puls, wie er z. B. in Fig. 29. wiedergegeben ist, kommt bei Erstlingsuntersuchungen Gesunder auch, aber weit seltener vor als der verstärkt tricrote.

Eine Eigenthümlichkeit haben aber alle diese in der Erregung gezeichneten Pulse gemein, nämlich den auffallend deutlichen Einfluss der Respiration. Daher ist umgekehrt die energische Respiration von unschätzbarem Werthe für die Diagnose der Erregung; so lange diese sich in der Pulsreihe noch so stark ausspricht, wie in den letzten fünf Figuren, da kann man sicher sein, dass die betreffende Versuchsperson noch nicht beruhigt ist, und wenn sie auch noch so viel Unbefangenheit heuchelt.

Wir kommen auf diese Dinge ein anderes Mal sehr ausführlich zurück; denn was sich während des Affectes, und sei es auch nur auf einige Augenblicke, im Pulse abspiegelt, das trägt die dauernde, die zur Krankheit gewordene Erregung in den Pulsbildern für immer und in meist noch viel höherem Grade zur Schau.

Ueber die sich in der Pulscurvenreihe zugleich abbildende **Respiration** sei nur im Allgemeinen erwähnt, dass die auf die Inspiration fallenden Curven niedriger sind und tiefer liegen als die auf die Exspiration fallenden, dass mithin die ganze Curvenreihe wellenförmig auf- und abzuwogen scheint (die Respirationscurve ist besonders leicht an Fig. 7. zu erkennen). Die im Wel-

Frage, ob eine Curvenreihe noch dem normalen oder schon dem dicroten Typus angehört. So z. B. könnten die Pulse der Fig. 26., die mit Fig. 12.



Fig. 26.

am nächsten verwandt ist, und die der Fig. 27. auf den



Fig. 27.

ersten Blick als noch normal tricrote erscheinen. Sieht man sich aber die Inspirationspulse bei J. und J. näher an, so sind diese zu Folge der erheblich kleiner gewordenen, in die Tiefe gezogenen ersten secundären Welle und andererseits der ansehnlich vergrösserten Grossascension unzweifelhaft als unvollkommen dicrot zu bezeichnen. Bei einer Reihe völlig normaler Pulse sieht man zwar immer die inspiratorische Blutdruckermässigung, aber sie ist immer so unscheinbar, dass sie ein wenig geübtes Auge übersehen kann, und niemals so stark, dass man zweifelhaft sein könnte, ob der in diese Zeit fallende Puls noch tri- oder schon dicrot zu nennen sei. Fig. 26. und 27. ist also ein Uebergang vom tri- zum dicroten (unvollkommen dicroten) Pulse. Noch augenscheinlicher als das eben erörterte Beispiel gehören Figur 28. und 29. in die Kategorie der unvollkommen

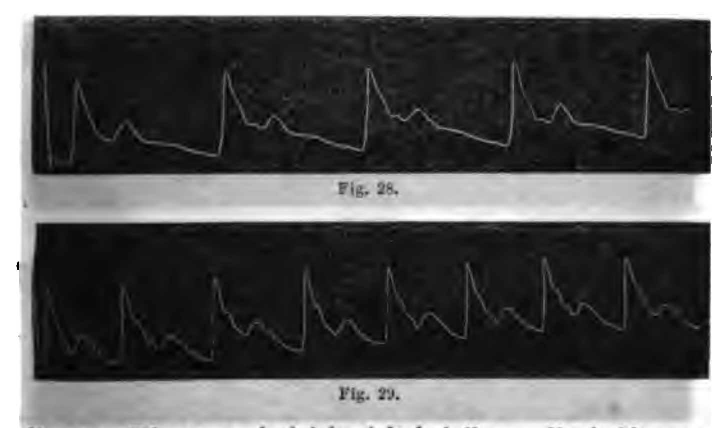


Fig. 28.

Fig. 29.

dicroten Phasen, obgleich sich bei ihnen die beiden ersten secundären Wellen noch deutlich genug vorfinden.

Gerade die Diagnose des normalen Pulses, die Scheidung des tricroten von den sehr mannichfaltigen Arten des dicroten Pulses ist es aber, welche bei der Diagnose und Prognose der Geisteskrankheiten und deren verschiedenen Stadien von durchgreifendster Wichtigkeit werden wird. Denn der dicrote Puls ist ein ungemein häufiger Begleiter der Psychosen.

b. Der normale Greisenpuls.

Der normale Greisenpuls hat sehr constante und sehr hervorstechende Charaktere. Seiner ansehnlichen Grösse und Energie (Härte) halber ist er immer leicht, viel leichter zu zeichnen, als die bisher besprochenen Normalpulse, weil diese verhältnissmässig viel weicher sind und durch jeden Fehler in der richtigen Application des Instrumentes weit mehr leiden.

Die Greisenpulscurve ist als das Bild eines normalen Pulses tricrot, Fig. 30. und Fig. 31. Dieser Tri-



Fig. 30.



Fig. 31.

crotismus zeichnet sich aber dadurch aus, dass der zweite Stoss des Einzelpulses, den man an der *Arteria cubitalis* sehr bequem, an der *Arteria radialis* bei einiger Uebung unschwer fühlt, sehr hoch liegt, eine sehr bedeutende Grösse und Dauer hat. Analysirt man die Greisenpulscurve und vergleicht sie mit der gemeinen Mannespulscurve, so ergiebt sich kurz Folgendes.

1) Der Greisenpuls hat eine grössere Celerität als der gemeine Mannespuls. Die Celerität des Pulses spricht sich nämlich aus in seiner Gipfelwelle; je kleiner, je spitzer also dieser Winkel ausfällt, um so schnellender ist der Puls.

2) Die erste secundäre Welle hat eine viel grössere Mächtigkeit; sie ist nicht mehr der kleine erste Absatz, den die Descensionslinie beim gemeinen Mannespulse macht, wenn sie so ziemlich neben der Mitte der Ascensionslinie wieder angekommen ist, sondern sie entsteht dadurch, dass die absteigende Linie, wenn sie ungefähr bis neben das untere Ende des oberen Drittels der aufsteigenden Linie angekommen ist, in einem sehr spitzen Winkel umbricht, etwa bis zur halben Höhe des bereits zurückgelegten Weges wieder aufsteigt, sich im

Bogen nach aussen und abwärts wendet, um unter einen Winkel abzufallen, der ungefähr doppelt so gross ist, als jener der ersten Incisur.

3) Die der grossen secundären Ascension des gemeinen Mannespulses analoge secundäre Welle des Greisenpulses liegt im Verhältniss zur ersten secundären Welle auffallend tief, ist, entsprechend der Gipfelwelle des Greisenpulses, sehr spitzwinklig und steht der ersten secundären Welle oft an Grösse nach.

Der Celerität der Gipfelwelle des normalen Greisenpulses nebst seiner grossen, hochliegenden ersten secundären Welle ist es zuzuschreiben, dass wir an ihm so häufig rasch hintereinander zwei Stösse, oder ihn bei flüchtiger Betastung, zumal wenn die Frequenz gross ist und die Arterie nicht frei genug liegt, einfach schnellend, hart und voll fühlen.

Die Detailbeschreibung des normalen Greisenpulses war für unseren Zweck, für die Erforschung des Pulses Geisteskranker schlechterdings nothwendig; denn wir werden dabei später ausserordentlich häufig mit einer Anzahl von Pulsarten zu thun haben, die einem schlecht gezeichneten Greisenpulse ähnlich scheinen, aber Nichts weniger, als jene körperliche und geistige Frische anzeigen, die dem rüstigen Greise in so bewundernswürdiger Weise eigen ist.

Der Greisenpuls tritt beim gesunden Manne bald nach Ueberschreitung des fünfzigsten Jahres, jedenfalls nur ausnahmsweise erst nach zurückgelegtem sechzigsten Jahre ein; Frauen bekommen ihn schon einige Jahre früher.

Bei gesunden Leuten, die erst zu altern beginnen, sind die Uebergänge vom gemeinen Mannespulse zum Greisenpulse, wie solche in Fig. 32. und 33. wiedergegeben sind, anzutreffen.

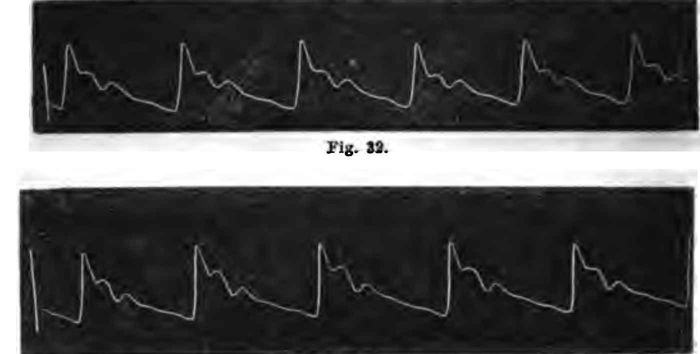


Fig. 32.

Fig. 33.

Gemüthliche Eindrücke, Wärme, Kälte, Ingestion und andere auf das vasomotorische Nervensystem wirkende Einflüsse alteriren den normalen Greisenpuls verhältnissmässig nur wenig, eine Thatsache, welche sehr schön übereinstimmt mit der verminderten Erregbarkeit im Greisenalter überhaupt.

Umgekehrt aber kommt der Greisenpuls oder eine ihm mindestens sehr ähnliche Phase als Erregungspuls im heftigen depressiven Affecte noch nicht gealteter Individuen vor.

So z. B. ist Fig. 34. das Bild des beinahe normalen Pulses



Fig. 34.

eines fast in der Reconvalescenz aus Melancholie begriffenen un zur Untersuchungszeit ganz beruhigten Kranken. Nach Beendigung dieser Untersuchung wird ihm der erste Brief von de Seinen eingehändigt, der ihn auf's Neue in stürmische Angst versetzt, so dass er in Strömen weint und fast auf den Knieen fle man möge ihn nach Hause lassen. In dieser Aufregung, und zw eine halbe Stunde nach Anfertigung der Fig. 34., ist die v

Bemerkungen über die während der Jahre 1845 bis 1865 in der Irrenanstalt bei Schleswig beobachteten Fälle von Paresis universalis progressiva*).

Von

O. von Linstow, Dr. med. et chir.

Von den vielen Bezeichnungen dieser Krankheitsform (*Paralysie des aliénés*, *Paralysie générale progressive*, *Folie paralytique*, *Periencephalitis diffusa chronica*, *Periencephalomeningitis* oder *Meningoperiencephalitis diffusa chronica*, Gehirnatrophie, *Dementia paralytica*, Paralytischer Blödsinn u. s. w.) scheint der oben gewählte der passendste zu sein, da die übrigen mehr oder weniger leicht zu Verwechslungen mit anderen pathologischen Zuständen Veranlassung geben können. Die von Dr. *Salomon*

*) Während meines kurzen Aufenthaltes in der Schleswiger Irrenanstalt habe ich Gelegenheit gehabt, Paretische in verschiedenen Stadien zu beobachten und das über diese vorhandene Material kennen zu lernen, dessen Benutzung Herr Dr. *Rüppell* mir freundlichst erlaubte, wofür ich ihm meinen wärmsten Dank sage. Wenngleich ich mir bewusst bin, zur Aufklärung der Allgemeinen Parese wenig beigetragen zu haben, glaube ich doch, dass es nicht ohne Interesse sein möchte, die anderweitig gemachten Angaben über diese Krankheit auch in unserer Anstalt bestätigt zu sehen. Verf.



eingeführte Benennung *Paresis* ist sehr bezeichnend, indem die hier in Frage kommenden Lähmungen selten und meist erst im letzten Stadium der Krankheit vollständig sind, und ausserdem von anderen Arten der Lähmung, wie sie bei Geisteskranken vorkommen können, schon durch den blossen Namen als eigene Krankheitsspecies sich absondert. Dieselbe als Blödsinn aufzuführen, scheint unrichtig, weil dieser hier wie bei allen übrigen Psychosen sich meistens erst als Ausgangsform einstellt; noch weniger treffend aber dürfte „Gehirnatrophie“ sein, denn dieselbe ist einer der gewöhnlichsten Sectionsbefunde auch bei Geisteskrankheiten, die nie mit paretischen Erscheinungen verlaufen, z. B. bei Blödsinn, besonders wenn er viele Jahre bestanden hat.

Die Krankheit beginnt damit, dass, nachdem man an den Patienten einige Wochen oder Monate Geistesstörungen bemerkt hat, die keine durchstechenden Unterscheidungsmerkmale von den Symptomen anderer beginnender Geisteskrankheiten zeigen, eine Veränderung der Sprechweise sich bemerkbar macht. Diese Anomalie lässt sich sehr wohl von den gewöhnlichen Sprachfehlern unterscheiden, und ist es eigentlich falsch, sie als Stottern zu bezeichnen; sie beruht nämlich darin, dass die Kranken langsamer reden und ihre Sätze von Zeit zu Zeit unterbrechen, so dass man ein Stocken bemerkt; die Sprachstörungen, die man bei geistig Gesunden als Stammeln bezeichnet, lassen sich in zwei Klassen sondern, von denen die eine in einer partiell mangelhaften Bildung der zum Sprechen nöthigen Organe ihre Erklärung findet, und als Symptom das Fehlen ganz bestimmter Buchstaben, meistens Consonanten, oder die Beimischung fremder Laute hat und eine erbliche Form ist, während die andere, das eigentliche Stottern, auf einer unrichtigen Coordinatinn der zum Sprechen nöthigen Muskelbewegungen beruht; der Stotternde macht krampf-

hafte Anstrengungen, ein Wort, bei dem sein Redefluss stockt, hervorzubringen, und oft gelingt ihm dies erst, nachdem er mehrere Male den zuerst pronuncirten Laut wiederholt hat, um dann den Strom der Rede wieder in Bewegung zu setzen, bis derselbe früher oder später, mitunter noch in demselben Worte, an eine neue Schwierigkeit geräth. Mit der bei dem Paretischen vorkommenden Sprachanomalie hat die letztere Form das Gemeinsame, dass der Grad der Störung ein ungemein wechselnder ist bis zum gänzlichen Verschwinden derselben, während die Erscheinungen, deren Ursache Defecte im Sprachorgan sind, sich immer gleich bleiben. Zuweilen bildet sich übrigens bei Paretischen ein eigentliches Stottern aus, und in selteneren Fällen beobachtet man gegen Ende der Krankheit *Alalia*. Als seltene Art der Sprachstörung zeigte sich bei einem unserer Kranken ein Versetzen der Buchstaben. Ueber das Fehlen von Worten soll weiter unten verhandelt werden. Dass man die beginnende Parese gewöhnlich zuerst an der Sprache bemerkt, darf nicht Wunder nehmen, da die Muskelbewegungen, welche die grösste Gehirn- oder Seelenthätigkeit in Anspruch nehmen, eben die Sprechbewegungen sind, und ausserdem die Lautbildung in Folge ihrer Zartheit und Complicirtheit leichter als jede andere Muskelthätigkeit etwaige Mängel erkennen lässt. Um Irrthümer in der Diagnose zu vermeiden, muss man natürlich zu ermitteln suchen, ob der Patient nicht etwa mit einem alten Sprachfehler behaftet sei, wie es bei einem unserer Kranken (Prot. Nr. 1743.) der Fall war. Lässt man die Zunge ausstecken, so bemerkt man ein Zittern derselben, selten ein geringes Abweichen nach der einen oder anderen Seite. Bei zwei Kranken (Nr. 901. und 876.) wurde eine vollständige Lähmung der Zunge, bei einem anderen (Nr. 1006.) eine allabendlich wiederkehrende, mit linksseitiger Lähmung des Fusses

coincidirend, eine Zeit lang beobachtet, die später permanent wurde.

Zugleich oder bald darauf zeigt sich eine Unsicherheit im Gange; die Kranken gehen unsicher, breitbeinig, unbeholfen, steif, später stolpern und fallen sie leicht. Die Muskellähmung schreitet nun weiter; man bemerkt eine Schwäche der Arme, Zuckungen in den Extremitätenmuskeln sowie der Gesichtsmuskeln, besonders der Lippen und Augenlider, seltener der Augenmuskeln; alle diese Gebiete werden nun in den Bereich der Parese gezogen, bis endlich auch die Sphincteren mitergriffen werden, so dass Urin und Fäces spontan abgehen, ferner das Schlingen mühevoll oder unmöglich wird, oder sich eine Darmlähmung einstellt, deren Folge Koprostase ist; selten fand sich eine Lähmung der Kaumuskeln und mitunter ein Zähneknirschen. Die Cerebrallähmungen pflegen bekanntlich meistens erst die oberen, dann die unteren Extremitäten zu ergreifen, womit diese Beobachtungen im Widerspruch stehen. *Erlenmeyer* *) aber sagt: „Es ist ganz entschieden, dass die Arme zuerst und dann erst die Beine von der Parese, dagegen die Beine zuerst von der vollständigen Paralyse ergriffen werden.“ Die Erklärung dieses scheinbaren Widerspruchs liegt wohl einfach darin, dass man eine Parese der oberen Extremitäten erst später b e m e r k t, da man Paretische in Irrenanstalten keine Arbeiten verrichten lässt, bei denen ein grosser Aufwand von Armmuskelkraft nothwendig wäre, wohingegen das Gehen immerhin einen grossen Kraftaufwand der Muskeln der unteren Extremitäten verlangt, so dass Störungen der Motilität hier eher wahrgenommen werden. Häufig bemerkt man während des Entstehens der Krankheit eine unsichere, zit-

---

*) *Erlenmeyer*, Die Gehirnatroph. der Erwachsenen. Neuwied, 1854. S. 16.

ternde Schrift, ein Symptom, das, seinem Wesen nach weniger Folge von Lähmung als von mangelnder Coordination der zum Schreiben nöthigen Muskelbewegungen, von Wichtigkeit und Interesse ist.

Das Zucken und die Lähmung der Muskeln sind meist doppelseitig; findet man sie auf eine Seite beschränkt, so kann man häufig beobachten, wie in kürzerer oder längerer Zeit auch die bisher intacte Seite mitbefallen wird.

Eine sehr wichtige Motilitätsstörung, die auch als diagnostisches Merkmal dient, ist die Ungleichheit oder Unbeweglichkeit der Pupillen, auf die *Baillarger**) zuerst aufmerksam machte. *Seifert***) weist nach, dass, wenn auch Irismotilitätsstörungen bei Geistesgesunden vorkommen, dieselben doch bei Irren viel häufiger sind, und zwar besonders bei Paretischen, von denen er bei $\frac{2}{3}$ der beobachteten Fälle Irisaffectionen der genannten Art fand, während diese in unserer Anstalt nur bei $\frac{1}{3}$ beobachtet sind, und zwar fanden sich bald doppelseitige Contractionen der Iris, vorzüglich im Beginn der Krankheit, bald Unbeweglichkeit oder Schwerbeweglichkeit mit Pupillenweite, wobei gewöhnlich die Pupillen mehr oder weniger ungleich gross waren; selten zeigten sie eine etwas unregelmässige Form. Die Ursache dieser Erscheinung wird von den meisten Autoren über dieses Thema in die peripherischen Nerven (*nn. oculomotorius*, *sympathicus*, *opticus*) verlegt. *Richarz****) stellt drei Formen der Ursache von Pupillenungleichheit auf, nämlich:

---

*) Ann. méd.-psych. 2e Série. Tome II. Octobre p. 690. Paral. gén. Nouveau symptome.

**) Allg. Zeitschr. f. Psych. Band X. Die Motilitätsstörung der *Iris* bei Irren. S. 544.

***) Allg. Zeitschr. f. Psych. Band XV. Ueb. Verschied. d. Grösse der Pupillen aus centr. Ursache. S. 21.

1) Lähmung der radialen Fasern der mit der engeren Pupille versehenen Iris;
2) Lähmung der circulären Fasern der Iris mit der weiteren Pupille;
3) Eine Verbindung von 1. und 2. mit einander.

*Billod**) führt einen Fall von Lähmung des einen *n. oculomotorius* als Ursache von Pupillenungleichheit an, und derselbe**) erklärt ein anderes Mal, dass l'immobilité de l'iris est déterminée par une double cause, dont l'une, indirecte, résulte de l'altération de la rétine ou du nerf optique entraînant paralysie, et dont l'autre, directe, s'exerce sur le nerf moteur-oculaire commun de ses fibres circulaires ou rayonnées. Die fibres rayonnées gehören aber in das Gebiet des *nerv. sympathicus!* — Auf einer Lähmung des *oculomotorius* kann die Weite und Unbeweglichkeit einer Pupille natürlich nur dann beruhen, wenn zugleich *ptosis* und *strabismus divergens* des betreffenden Auges vorhanden ist, was wir in der That zweimal bei Paretischen beobachtet haben. Wenn der *opticus* keine Lichteindrücke mehr fortleitet, oder die brechenden Medien des Auges getrübt sind, so wird die Pupille ebenfalls weit und unbeweglich; ersteres haben wir einmal beobachtet, wo der Kranke allmählig erblindete. Alle übrigen Fälle von Weite und Unbeweglichkeit der Pupillen aber bedürfen einer anderen Erklärung. An einen Reizzustand des *n. sympathicus* kann man nicht wohl denken, da ein solcher ganz andere Erscheinungen ausserdem hervorrufen müsste. Der Grund scheint uns vielmehr in den meisten Fällen im Gehirn zu liegen (wobei *nn. oculomotorius*, *sympathicus* und *opticus* gesund sind), welches, weil es krankhaft afficirt ist, den Reflex

*) Ann. méd.-psych. 4e Série. Tome III. Janv. De l'amaurose et de l'inégalité des pupilles. pag. 33.

**) Ann. méd.-psych. 4e Série. Tome II. Nov. De l'amaurose etc. pag. 317.

zwischen *nn. opticus* und *oculomotorius* nicht mehr vermittelt, resp. hervorruft. Den Beweis für diese Ansicht glauben wir durch Versuche an Augen Paretischer gegeben zu haben. Es wurde nämlich in Augen, die auf Lichtreiz unbewegliche Pupillen hatten, Atropin geträufelt, worauf sich dieselben wie in gesunden Augen erweiterten. — Der *opticus* hatte seine gewöhnliche Sehschärfe, und der *oculomotorius* war offenbar auch gesund, da theils *ptosis* und *strabismus divergens* nicht zugegen waren, theils die Pupillen mittelweit waren. Es kann also die fehlende Reaction auf Lichtreiz wohl nur aus einer aufgehobenen Communication zwischen den centralen Ursprungsfasern des *opticus* und *oculomotorius* im Gehirn erklärt werden. Eine höchst sonderbare Beobachtung über diesen Gegenstand hat *Austin**) gemacht, der behauptet, in der paralysie générale zeige sich im *stadium melancholicum* eine lésion de la pupille droite, im *stadium maniacum* eine lésion de la pupille gauche. Die Ursache ist eine Erkrankung der Sehhügel, von denen der linke der Sitz freudiger, der rechte der trauriger Gefühle ist (!).

Von 100 Beobachtungen des Herrn *Austin* sprechen 86 für, 2 gegen den aufgestellten Satz, während 12 die curiose Frage unentschieden lassen.

Die Kranken scheinen häufig an Parästhesieen, Anästhesieen und Gefühlshallucinationen zu leiden, was man aus manchen Aeusserungen schliessen kann; so sagte z. B. ein Kranker, seine untere Körperhälfte sei todt, ein Anderer, er sei inwendig verrottet. Die Reflexerregbarkeit ist erhalten, mitunter auch gesteigert, so dass bei einem Patienten (Nr. 1510.) die Percussion der Brust

---

*) Ann. méd.-psych. 3e Série. Tome VIII. De l'état des pupilles dans la paral. génér., übers. von *Duchemin*. (General paralysis its mental and phys. sympt., causes, seat, and treatm. London, 1859.)

convulsivische Athembewegungen hervorrief. Die grosse Bedeutung, die Dr. *v. Croizant**) der Hautanästhesie als Vorbote der allgemeinen Parese beilegt, können unsere Beobachtungen nicht bestätigen. Gegen Ende der Krankheit scheinen die Sensibilitätsstörungen häufiger zu werden, was die fast constant auftretenden neuroparalytischen Entzündungen (*decubitus*, *furunculosis*) beweisen. In einem Falle war der Zusammenhang des *decubitus* mit der Lähmung ein offenbarer (Nr. 1713.), wo die Lähmung des rechten Beines viel weiter fortgeschritten war, als die des linken, und sich auf der rechten Hälfte des *os sacrum* ein *decubitus* entwickelte. Bei allen Fällen (mit sehr wenigen Ausnahmen) wurden starke Congestionen zum Kopfe beobachtet und, vielleicht als Symptome derselben, Schwindelanfälle und Erbrechen.

Das von *Servaes***) beschriebene Blutschwitzen am Kopfe scheint sehr selten zu sein, und ist hier nicht gesehen. Die mitunter auftretenden Erysipele des Kopfes werden auch wohl mit den Congestionen, die zuweilen ungemein heftig sind, im Zusammenhang stehen. Othämatome wurden drei Mal beobachtet, darunter zwei doppelseitige; einer der Patienten brachte die Affection schon mit in die Anstalt, bei den beiden übrigen ist nicht erwähnt, wann dieselbe entstanden ist. Epileptiforme und apoplektiforme Anfälle sind sehr häufig und führen meistens eine Verschlimmerung des Allgemeinbefindens herbei; in einem Falle stellte sich ein hartnäckiger *singultus* ein.

Keine genügende Erklärung haben wir für die so häufig, ja fast constant beobachteten Durchfälle, die oft das Ende der Krankheit herbeiführen; vielleicht sind sie

*) Allg. Zeitschr. f. Psych. Band V. Ueb. Unempfindl. der Haut als Vorbote der allgem. Lähmung. S. 45.

**) Allg. Zeitschr. f. Psych. Band XX. Blutschwitzen am Kopfe bei *Dem. paral.* S. 51.

eine Folge von der mitunter enormen Nahrungseinnahme die manche Kranke, wohl in Folge des mangelnden Sättigungsgefühls, zeigen; vielleicht sind sie septichämischen Ursprungs. Einigen Kranken bekommt übrigens das Essen vortrefflich, so dass ihr *panniculus adiposu* eine beträchtliche Dicke erreicht.

Wenn man in der Lage ist, Urinuntersuchungen machen zu können, so findet man nicht selten eine vermehrte Ausscheidung des phosphorsauren und kohlensauren Kalks, eine Beobachtung, die hier wiederholt gemacht ist, was eine grosse Knochenbrüchigkeit zur Folge hat. Eine unserer Kranken erlitt einen Beinbruch durch einen Fall aus dem Bette, ein zweiter eine Fractur des *sternum* aus unbekannter Ursache, ein dritter endlich eine *fractura sterni*, *costarum* 2—7 *sinistr.*, 2—5 *dextr.* und zwar war die 4te bis 6te Rippe linkerseits doppel gebrochen (Nr. 1760.). Schliesslich muss als letztes de körperlichen Symptome noch der Schmerzen gedacht werden, die jedoch zu den seltenen Erscheinungen zu gehören scheinen und hier nicht beobachtet sind; *Baillarger**) macht auf dieselben als Vorbotensymptom aufmerksam, nach welchem sie besonders in den Beinen sich einstellen und zuweilen sehr heftig sein sollen.

Ein fieberhafter Zustand zeigt sich besonders im Beginn der Krankheit.

Die geistigen Störungen sind immer die Ursache wegen der die Kranken der Anstalt übergeben werden da erst, wenn sie bereits sehr auffällig geworden sind die ersten Spuren von Parese sich einstellen. Die Kranken zeigen ein auffallendes Benehmen, gerathen leicht in Conflicte, können, wenn sie draussen sind, ihre Wohnung nicht wiederfinden, werden unstät, und sind bal

---

*) Ann. méd.-psych. 3e Série. Tome VIII. Janv. De la paraly gén. etc. p. 8.

nicht mehr im Stande, ihren Geschäften vorzustehen. Bald bildet sich nun eine Melancholie oder mit Ueberspringung des *stadium melancholicum* gleich eine Manie aus, welche dann zum Blödsinn führt; in den selteneren Fällen geht die Melancholie gleich in Blödsinn über, und zuweilen erreichen die Kranken das Blödsinnsstadium nicht, indem sie schon vorher der Krankheit unterliegen.

*Legrand du Saulle**) meint, das délire hypochondriaque sei bei Paretischen eben so häufig, wie bei anderen Geisteskrankheiten selten, was wir nicht bestätigen können. *Michéa***) erklärt jenes aus Hyperästhesie, Anästhesie und Analgesie der Haut. Uebrigens findet man eine Exaltation im Allgemeinen häufiger als eine Depression, was auch *Pignocco****) bemerkt, der 64 Mal eine „Expansivform“, dagegen nur 36 Mal eine „Oppressivform“ beobachtete. Einigermaassen charakteristisch für die Parese ist die sogenannte Monomanie des grandeurs, die zwar auch bei gewöhnlicher Manie vorkommt, aber doch bei unserer Krankheit vorwiegend häufig sich einstellt; *Sandras*†) irrt sich aber sehr, wenn er sagt: „il est, en effet, vrai, que cette sorte de paralysie termine presque toutes les folies ambitieuses“. Ein Kranker behauptet König zu sein, ein anderer Kaiser, einer hat goldene Schiffe, Millionen, ein anderer goldene Meubel, ihm gehört Mecklenburg und die ganze Welt; bald besitzt einer Billionen Ducaten in Gold, und soll vom König von Dänemark mit 1,000 Kürassieren von hier abgeholt werden, bald hat einer viele Millionen, Güter, Pferde, Handlungshäuser, bald goldene Kleider, sein

*) Gaz. des hôp. 1861. Des délires spéciaux dans la paralys. générale.

**) Gaz. hebdom. de méd. et de chir. 1861. Du délire hypochondriaque chez les dém. paral.

***) Appendice psichiatrica. 1862.

†) De la paral. gén. progr. Bull. gén. de Thérap. 1848.

entzündeter Finger ist von Gold, bald ist der ganze Körper und die Excremente von Gold; während dieser Kaiser von Deutschland ist und eine Reise nach der Sonne macht, reist jener jeden Tag 1,000 Meilen und wird sein Wagen von 1,000 Löwen und Tigern gezogen; ein anderer ist Doctor und Professor, er kann alle Sprachen sprechen, auch die chinesische, hat schon ein halbes Jahrhundert vor seiner Geburt gereist und ist sehr reich. Das Gold spielt bei diesen Kranken eine grosse Rolle und mitunter in einer eigenthümlichen Weise; so zerriss einer seine Kleider unter dem Vorwande, sie sollten vergoldet werden. Interessant ist auch eine systematische Steigerung der Titel, die die Kranken sich zulegen; so nannte sich einer, ein Bauer, zuerst Prediger, dann Probst, hierauf Herzog, darauf König und starb als Kaiser. Zuweilen gestalten sich diese Ideen bei den Frauen in Folge ihrer anderen Lebensanschauung etwas anders; eine war sehr reich, wollte das Schloss in Kiel kaufen, konnte 100 Paar Strümpfe stricken, konnte Alles; eine andere 50jährige Kranke war „jung und schön". Ein Umstand aber ist es, der für die Parese charakteristisch ist, nämlich der, dass sich die Monomanie des grandeurs zuweilen erst einstellt, wenn der Kranke bereits in das Stadium des Verfalls der Geisteskräfte getreten ist. Hallucinationen aller Sinne sind nicht selten und bieten nichts Eigenthümliches.

Der Verlauf der Krankheit ist durch mitunter vollständige Remissionen, selbst Intermissionen ausgezeichnet, die aber nur als solche, nicht als Heilungen aufzufassen sind und sowohl die körperlichen wie die geistigen Erscheinungen betreffen. *Leidesdorf**) warnt davor, geheilte Hirnsyphilis nicht für geheilte Paralyse zu halten.

Die Prognose ist daher immer infaust. Von den 64

*) Lehrb. d. psych. Krankh. 2te Aufl. Erlangen, 1865. S. 227.

hier aufgenommenen Kranken sind 53 in der Anstalt gestorben und die übrigen 11 ungeheilt entlassen.

Die durchschnittliche Dauer der Krankheit beträgt 2 Jahre; als Minimum ist ¼ Jahr, als Maximum 5 Jahre angegeben; ¼ der beobachteten Fälle hatten einen 1- bis 2 jährigen Verlauf. *Griesinger**) sagt, die Dauer der Paralyse sei von einigen Monaten bis zu circa 3 Jahren; *Calmeil***) giebt sie auf 8 Monate bis zu 3 Jahren und als Mittel 13 Monate an, während *Leidesdorf****) als Verlaufszeit den Raum von wenigen Monaten bis zu 3, in sehr seltenen Fällen bis zu 6 Jahren nennt. Demnach scheint hier im Norden die Parese einen etwas langsameren Verlauf als in Frankreich zu haben, eine Erscheinung, mit der es viele analoge giebt.

Bei der Section fanden sich folgende Veränderungen: An der Innenfläche des Schädels, besonders längs der Pfeilnath, sitzen Osteophyten; einmal wurde auch ein solcher am *clivus* beobachtet; selten ist der Knochen derb und elfenbeinartig, wo dann die Diploë ganz geschwunden ist.

Die *dura mater* ist meistens verdickt, ödematös, zwischen ihr und der *arachnoidea* findet sich nicht selten ein Serumerguss, oder feste, fibrinöse Ablagerungen, durch die sie mit der *arachnoidea* verklebt ist, oder sie ist blutig infiltrirt, oder mit Blutextravasaten bedeckt, selten finden sich verknöcherte Stellen.

Die *arachnoidea* ist fast constant trübe, verdickt, fest, im Subarachnoidealraum ist eine zuweilen sehr starke Serumansammlung, selten mit sulzigem oder gelatinösem Exsudat belegt.

Die *pia* ist blutreich, ödematös, getrübt, lederartig verdickt, von sehnigem Aussehen; nicht so häufig zeigt

*) Die Path. u. Ther. d. psych. Krankh. 2te Aufl. 1861. S. 409.
**) De la par. consid. chez les aliénés. Paris, 1826. p. 340.
***) l. c. pag. 229.

sie gelbliche, fibrinöse Exsudate an der Concavität, besonders längs der Gefässe, noch seltener zeigt sie Kalkconcremente; einmal war die *pia* und *arachnoidea* zu einer sehr festen, derben, weisslich glänzenden Haut verwachsen. Für diese Krankheitsform einigermaassen charakteristisch ist endlich das Verwachsensein der *pia* mit der *corticalis*, ein Befund, der sich ungefähr bei der Hälfte der secirten Fälle ergab. Regelmässig fast waren die Hirnhäute mit relativ starken Gefässen versehen. *Delasiauve**) hat für gewöhnlich nur Zeichen von *meningitis* in den Leichen Paretischer gefunden, was wohl auf Beobachtungsfehlern beruhen dürfte, während *Calmeil***) die erwähnten Veränderungen der Meningen sammt den übrigen pathologischen Veränderungen des Gehirns selbst sehr richtig beschreibt.

Die Corticalschicht war, wie eben erwähnt, häufig mit der *pia mater* verwachsen, übrigens war sie blass, bis zu dem Grade, dass sie kaum mehr von der weissen Hirnsubstanz zu unterscheiden war, in der Mehrzahl der Fälle schmal, mitunter erweicht, seltener breiter als gewöhnlich, dunkel, von vielen ausgedehnten Gefässen durchzogen. Die Verwachsungen mit der *pia* waren in manchen Stellen so fest, dass das Gehirn nach gewaltsamer Abziehung der ersteren wie zernagt aussah. In einem Falle (Nr. 1892.), wo bei Lebzeiten ein Fehlen der Worte beobachtet war, fand sich die *corticalis* an der linken Convexität partiell mit der *pia* verwachsen, während die rechte Hirnhälfte frei war. Die hintere Hälfte der dritten Frontalwindung der linken Hirnhemisphäre soll (vid. *Trousseau*, *Bouillaud*, *Broca*) der Sitz des Sprachvermögens sein***); wenn nun dieser Satz

*) Ann. méd.-psych. 2e Série. Tome I. Oct. p. 619.

**) l. c. p. 381.

***) Prof. *Jessen*, Ueber Störung u. Verlust der Sprache. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXII. S. 416.

auch vielfach angefochten wird und *Eulenburg**) beide Vorderlappen mit der Sprache in Verbindung bringt, während *Schramm***) einen Fall von Sprachlosigkeit in Folge einer Hämorrhagie in die graue Substanz der linken Hemisphäre am hinteren Ende des hinteren Lappens beschreibt, ist doch so viel gewiss, dass man bei Sprachlosigkeit relativ sehr häufig rechtsseitige Hemiplegieen beobachtet. Die Adhäsionen sind übrigens keineswegs ein constantes Sectionsresultat, wie bereits erwähnt, und eben so wenig für unsere Krankheitsform charakteristisch wie Adhäsionen zwischen Lunge und Pleura für *phthisis pulmonum. Salomon****) lässt die Affection von der *pia mater* ausgehen, deren Erkrankung eine altération mentale, und von da auf die Hirnrinde als *periencephalitis diffusa chronica* übergehen, was eine aliénation mentale hervorrufen soll, eine Annahme, die etwas hypothetisch ist. *Calmeil* †) nennt die *corticalis* selten blass, was gegen unsere Beobachtungen spricht. *Erlenmeyer* ††) erwähnt eine verhältnissmässig geringe Zahl der Nervenfasern in der *corticalis* und die ungewöhnliche Bildung einzelner Capillargefässe, durch welche die Adhäsion bewirkt werde. Der letzte Punkt ist von *Besser* †††) einer sehr gründlichen Untersuchung unterzogen worden, der durch seine schönen Beobachtungen zu dem Resultat kommt, dass die Verwachsungen die Folge einer Bindegewebswucherung sind, und zwar

---

*) Corresp.-Bl. f. Psych. und gerichtl. Psych. Jahrg. XII. S. 161. Ueber Aphemie.

**) Corresp.-Bl. etc. Jahrg. XIII. S. 65. *Aphasia.*

***) Ann. méd.-psych. 4e Série. Tome II. Nov.. Eléments patholog. de la mal. ment. parésifique. p. 432.

†) l. c. pag. 383.

††) l. c. pag. 8.

†††) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Band XXIII. Ueb. d. Verwachsung d. Gefässhaut des Gehirns mit der Hirnrinde. S. 347.

entweder der *neuroglia* oder der Gefässadventitia. *Tigges*
förderte die pathologische Anatomie wesentlich dadurc
dass er eine vermehrte Kernbildung in den Ganglie
zellen der Hirnrinde nachwies, sowie dadurch, dass
auf die amyloide Degeneration der Arterien aufmerksa
machte, nachdem *Wedl***) die Verwandlung der klein
Venen und Capillaren in Bindegewebsbündel beschrieb
hatte. Der Engländer *Sankey****) will *Wedl* diesen Ruh
nicht gönnen, indem er sagt, er könne in folgendem Sat
kein Wort von Paresis finden: „Die Atrophie der G
hirnrinde ist, wie bekannt, insbesondere an mit Blödsi
behafteten Individuen vertreten; sie tritt um so prägna
ter bei den blödsinnigen Greisen hervor."

Meschede†) hat eine fettige, zum Theil auch pig
mentöse Degeneration der Nervenzellen in der *Cortica*
angegeben.

Die *gyri* zeigten sich mit sehr wenigen Ausnahm
atrophisch, mitunter mit rauher Oberfläche, während d
sulci klaffend, unregelmässig und tief waren.
Die weisse Substanz war sclerosirt, zähe, sehr weiss, blu
reich, mit grossen Gefässen versehen, in anderen Fäll
von röthlicher oder schmutzig weisser Farbe; seltener öd
matös. In einigen Fällen zeigte sich straffes Bindegewe
über den *corpora quadrigemina*, Erweichung des *forni*
Cystenbildung im *plexus chorioideus;* einmal fand sich d
corpus striatum und der *thalamus nervi optici* links b
deutend weniger als rechts entwickelt. Obgleich apo
plektiforme Anfälle im Leben zu den häufigenErsche

*) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Band XX. Pathol.-anatom. u
physiol. Untersuch. zur *Dem. par. progressiva.* S. 313.

**) Beitr. zur Pathol. der Blutgefässe. 1859.

***) Ann. méd.-psych. 4e Série. Tome VI. Juillet. La pathol. de
parésie gén., übers. von *Rousselin.*

†) *Virchow's* Archiv. Band XXXIV.

nungen gehören, sind doch in keinem Falle wirkliche blutige Apoplexieen bei der Obduction beobachtet.

Dass die vorderen Hirnlappen vorzüglich von einer oberflächlichen Induration befallen werden, wie *Regnard**) angiebt, haben wir nie bemerken können; ein Gewichtsunterschied zwischen den beiden Hemisphären, über den *Baume***) geschrieben hat, ist nur in einem Falle constatirt und ist bei der Paresis jedenfalls nicht die Regel.

Das kleine Gehirn ist nur in zwei Fällen verändert gefunden; in einem Falle war es erweicht, im anderen schwach sclerosirt.

Was die Ventrikelwandungen anbelangt, so waren dieselben fast constant mit Granulationen besetzt, die, wenn sie nicht die Wände völlig überzogen, doch auf dem *corpus striatum*, *thalamus nervi optici* und der Wand des vierten Ventrikels sich zeigten; die Ventrikel selbst waren ausgedehnt und in einigen Fällen hatte der *plexus chorioideus* in Folge von Gefässerweiterung an Umfang zugenommen. *Calmeil****) fand das Ependym der Ventrikel oft roth gefärbt, was hier nicht beobachtet ist.

Da nun sowohl die Trübung der Meningen, als auch die Entfärbung der grauen Substanz, als auch die Sclerose der weissen, als auch die Granulationsbildung auf dem *ependyma* dieselbe Ursache, nämlich Bindegewebsneubildung haben, so ist man wohl berechtigt, dieselbe als das Wesen der Krankheit zu bezeichnen. Dabei treten während des ganzen Verlaufs derselben heftige Kopfcongestionen auf. Ob nun aber die Gehirnhyperämie das Primäre und die Bindegewebswucherung das Secundäre ist, lässt sich nicht wohl entscheiden, da sie sich

---

*) Ann. méd.-psych. 4e Série. Tome V. Janv. Sur une nouv. lésion du cerveau dans la paral. gén. p. 43.

**) Ann. méd.-psych. 3e Série. Tome VIII. Oct. De l'ingalité de poids des hém. cérébr. etc.

***) l. c. pag. 385.

gegenseitig bedingen können. Dass eine *hyperaemia cerebri* Bindegewebsneubildung hervorrufen kann, ist klar; aber in abnormer Menge vorhandenes Bindegewebe kann auch eine Hyperämie bewirken, besonders, wie es in dieser Krankheit der Fall ist, wenn dasselbe von der *tunica adventitia* der kleinen Arterien und Capillaren ausgeht, abgesehen von der ebenfalls beobachteten Umbildung der kleinen Venen in Bindegewebsstränge, die eine Hyperämie direct hervorrufen muss; denn durch eine Compression der kleinen Arterien wird deren Lumen verengt, dadurch der arterielle Blutstrom geschwächt und somit die *vis a tergo*, die zur Wiederentfernung des Blutes nöthig ist, besonders in einem Raume, der, wie die Schädelhöhle, von starren Wandungen umgeben ist, verringert. *Virchow* *) hat nachgewiesen, dass die Ventrikelgranulationen aus einem Zustand dauernder Hyperämie hervorgehen. *Billod* **) hält einen Congestionszustand der Nervencentren für die anatomische Grundlage. *Rokitansky* war der erste, der den Vorgang bei der Parese als Hyperämie mit Bindegewebswucherung in der Gehirnrinde bezeichnete, während die Franzosen sie als chronische Entzündung der Gehirnrinde auffassen, was jedenfalls keine grosse Meinungsdifferenz ist.

Wie schon *Calmeil* ***) bemerkt, werden *medulla oblongata* und *medulla spinalis* gewöhnlich nicht mitafficirt.

Die Kranken sterben meistens an secundären Processen, die besonders in den Lungen ihren Sitz haben. *Pneumonia crouposa*, *pneumonia lobularis*, *pleuritis*, *oedema pulmonum*, *tuberculosis pulmonum* wurden beobachtet, fer-

---

*) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Band III. Ueb. d. granul. Aussehen der Wandungen der Gehirnventrikel. S. 249.

**) Ann. méd.-psych. 2e Série. Tome II. Octobre. Recherches sur la par. gén. des aliénés. p. 635.

***) l. c. p. 586.

ner Lungen- und Muskelabscesse, letztere wohl als Folge von pyämischer Infection, die der *decubitus* und die neuroparalytischen Entzündungen hervorrufen. Als besonders interessante Folge der letzteren fand sich einmal das ganze Rückenmark von grünlich-grauem, sulzigem Exsudat umlagert; ein anderes Mal war übelriechendes, braunrothes Blut im Spinalcanal, und waren die weichen Häute gelatinös infiltrirt. *Geoffroy**) hat dieselbe Beobachtung gemacht, der mit *Baillarger* meint, dass in Folge des *decubitus* auf dem *os sacrum* Luft und Jauche in den Spinalcanal dringen und so die Affection hervorrufen. Ausserdem fanden sich die oben erwähnten Fracturen, ferner Aortenatherom (sehr constant), Koprostase, tuberculöse Darmgeschwüre, *nephritis parenchymatosa*, Muskatnussleber und endlich als Folge der Lähmung eine Ausfüllung des *oesophagus* mit Speisen, die in drei Fällen Suffocation verursacht hatte; in einem Falle waren *trachea*, die grösseren Bronchien und die kleineren des unteren rechten Lungenlappens mit Speiseresten theilweise erfüllt. Häufig war die Milzpulpa erweicht.

Die Frage nach der Ursache ist hier wie bei den anderen Formen von Geisteskrankheiten eine sehr schwierige. Die Aussagen der Patienten muss man immer höchst vorsichtig aufnehmen, weil sie eben Geisteskranke sind, und ausserdem die wahrscheinliche Ursache ihrer Erkrankung geflissentlich verschweigen. Wenn man nun wirklich ein oder mehrere Momente in der *vita anteacta* constatirt hat, die die Erkrankung hervorzurufen wohl geeignet erscheinen, so fragt sich doch immer noch sehr, ob man damit wirklich die wahre Ursache erkannt hat. Excesse *in baccho* sind bei 28 pCt., Excesse *in venere* bei 17 pCt., Excesse *in baccho et venere* bei 17 pCt.

---

*) Ann. méd.-psych. 4e Série. Tome V. Mars. Quelques cons. s. l. escares gangr. d. l. rég. sacr. etc. p. 194.

nachweisbar gewesen, welche zusammen genommen mit einer Procentzahl von 62 also jedenfalls in den Vordergrund zu stellen sind. Eine Familiendisposition ist gefunden bei 21 pCt. und Syphilis bei 12 pCt., welche letzteren beiden Dispositionsmomente übrigens zum Theil mit den oben erwähnten zusammenfallen. Ein kleineres Contingent stellen wahrscheinlich nur als Gelegenheitsursachen: unglückliche Familienverhältnisse, Verlust des Vermögens, Zurückkommen des Geschäfts, politische Umtriebe, Kopfverletzungen, Kriegsstrapazen, Typhus, Cholera, Intermittens, Onanie, Missbrauch mit Liebesstimulantien. Schon *Calmeil**) führt häufig an, dass die *paresis* hervorgerufen wird par l'abus des plaisirs de l'amour, du vin et des liqueurs fortes. Die Syphilis ist wohl kein eigentliches ätiologisches Moment, und dürfte weniger als solches, denn als Folge der sexuellen Excesse bei der Parese beobachtet werden.

*Göricke***) führt, und wahrscheinlich mit Recht, ein unstätes Leben als Ursache an; ein Leben voller körperlicher und geistiger Anstrengungen, Erschöpfungen und Aufregungen, in denen dann Excesse *in baccho et venere* nicht fehlen (wie es z. B. der Soldat im Felde führt), ist wohl die häufigste *causa morbi*.

Nicht einverstanden sind wir mit *Sankey*'s***) Ansicht, nach der die *parésie générale* zwar erblich sein, indessen weniger häufig als die übrigen Formen von Geisteskrankheiten, und sich nur in sa propre forme in der Nachkommenschaft wieder erzeugen soll; — wo das Gehirn

*) l. c. p. 310 etc.

**) Allg. Ztschr. f. Psych. Band XIX. 1862. Ueb. allg. Lähmung bei Geisteskranken. S. 527.

***) Ann. méd.-psych. 4e Série. Tome V. Mars. La pathol. de la par. gén., übersetzt von *Rousselin*. p. 188 et 190.

einmal durch erbliche Anlage zur Erkrankung disponirt ist, reicht zuweilen eine geringe psychische oder somatische Ursache hin, die Krankheit zum Ausbruch zu bringen, und hängt die Form der entstehenden Psychose von Umständen ab, die uns noch gänzlich unbekannt sind.

Wenn *Baillarger**) meint, dass Erysipelas des Kopfes Parese erzeuge, so halten wir dieselbe für eine Folge von den bei letzterer so häufigen Congestionen. Als occasionelle Ursache nennt *Legrand du Saulle***) die Kälte, die dadurch, dass sie den Blutstrom in der Körperoberfläche verlangsamt und verringert, eine Hyperämie der inneren Theile und mithin auch des Gehirns verursacht; in Uebereinstimmung damit hat er die Congestionen zum Kopf bei seinen Kranken in den Monaten December und Januar immer am schlimmsten gesehen. Bei gesunden Individuen ruft eine intensive Kälte und die Alcoholintoxication Erscheinungen hervor, die mit dem Krankheitsbilde der Parese eine frappante Aehnlichkeit haben, und beide Schädlichkeiten rufen eine starke Gehirnhyperämie hervor, so dass man sich unwillkürlich veranlasst fühlt, Rückschlüsse auf den Gehirnzustand bei Parese zu machen.

Das Vorkommen der Krankheit ist in unserer Gegend kein häufiges zu nennen; von den in den Jahren 1845—1865 aufgenommenen 3,593 Kranken (1,929 Männer, 1,664 Frauen) litten 64 (59 Männer, 5 Frauen) an derselben, mithin bei den

	Männern	Frauen
	3,05 pCt.	0,3 pCt.
*Stolz**) in Hall giebt an . .	8,56 -	3,32 -

*) Ann. méd.-psych. 2e Série. Tome I. Oct. 1846. De l'influence de l'érysipèle de la face et du cuir chevelu sur la production de la paral. gén. p. 477.

**) Moniteur des sciences médicales et pharmaceutiques. 1862.

***) Allgem. Ztschr. f. Psych. Band VIII. Zur fortschreit. allgem. Parese. S. 518. (Diese Angaben sind aber von untergeordnetem

	Männern	Frauen
Calmeil	6,5 pCt.	2 pCt.
Hoffmann in Leubus*) . . .	13,76 -	3,16 -

Das Verhältniss der Männer zu den Frauen ist also

hier wie	10 : 1
nach *Stolz* in Hall	$3\frac{2}{3}$: 1
nach *Göricke***) in Kopenhagen . . .	5 : 1
Rodrigues	4 : 1
in Stephansfeld***)	$4\frac{3}{4}$: 1
nach *Skae*†)	9 : 1

Von unseren 64 Kranken waren 44 verheirathet und 20 unverheirathet.

Ungeheuer ist die Zunahme der Paralyse, die *Moreau*††) in Bicêtre beobachtet hat, wo 1828 von 100 Kranken 7 paretisch waren, welche Procentzahl von da an stetig zunahm und im Jahre 1849 bereits 37 erreicht hatte, eine wahrhaft entsetzliche Höhe!

Das Alter der Kranken verhält sich folgendermaassen:

Jahre	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34
Fälle	1	—	—	—	1	—	—	1	2	2	1

Jahre	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Fälle	2	2	2	—	5	8	4	4	1	8	3

Werthe, da *Stolz* Fälle, z. B. Gehirncarcinom hieherrechnet, die nichts mit der Parese, als einige Symptome, unter denen sogar die *alienatio mentalis* häufig fehlt, gemeinsam haben.)

*) *Griesinger*, l. c. p. 408.

**) Allg. Ztschr. f. Psych. Band IX. Ueb. allgem. Lähmung bei Geisteskranken. S. 525.

***) *Griesinger*, l. c. p. 408.

†) Beiträge zur Lehre von der allgemeinen Paralyse.

††) Annal. méd.-psych. 2e Série. Tom. II. Octbr. p. 800. (Aus Gaz. méd. 1850. 4e Trim. De la paralys. gén. des aliénés.)

Jahre	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
Fälle	1	—	—	1	5	1	2	1	—	1	—
	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67
	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1

Der Stand der Kranken bot nichts Bemerkenswerthes dar; es sollen die besseren Stände verhältnissmässig häufiger befallen werden, was hier aber nicht beobachtet ist, da unsere Geisteskranken mit wenigen Ausnahmen den niederen Volksklassen angehören. *Sankey* *) stellt in Betreff der Häufigkeit der Erkrankung folgende Ordnungen auf, mit derjenigen beginnend, die das grösste Contingent stellt:

1. Les hommes des classes inférieures;
2. Les hommes des classes supérieures;
3. Les femmes des classes inférieures;
4. Les femmes des classes supérieures.

Nach den Beobachtungen anderer Forscher wird die zweite Ordnung wohl obenan gestellt werden müssen, so dass die Reihenfolge sich so gestaltet:

1. Die Männer der höheren Klasse;
2. Die Männer der niederen Klasse;
3. Die Frauen der niederen Klasse;
4. Die Frauen der höheren Klasse.

Die Therapie dieser Krankheit ist als ziemlich ohnmächtig zu bezeichnen; von keinem Mittel haben wir einigen Erfolg gesehen. Sehr hüten muss man sich aus den oben angeführten Gründen vor kalten Bädern und Douchen. *Brierre de Boismont* **) empfiehlt Dampf- und

*) Ann. méd.-psych. 4e Série. Tom. V. La pathologie de la parés. génér., übers. von *Rousselin*. p. 193.

**) Ann. méd.-psych. 2e Série. Tome III. Avril. Recherches sur l'identité des par. gén. progr. p. 203.

warme Sandbäder, besonders aber kalte Begiessungen auf Kopf und Rücken im warmen Bade; *Bonucci**) Jodkalium und Arnica; das erstere ist hier und an vielen anderen Orten häufig angewandt, aber immer ohne Erfolg

Die Diagnose dieser Krankheit ist keinesweges leicht da es manche Formen von Lähmung giebt, die mi Irresein zugleich auftreten. Dieselben sind besonders 1. Der Folgezustand von Gehirnapoplexieen, 2. von Gehirntumoren (auch *gummata syphilitica*), 3. von Gehirnentzündung**), 4. von Gehirnembolie, 5. von Epilepsie 6. alle Lähmung hervorrufenden Krankheiten, die Irr befallen, z. B. progressive Muskelatrophie, senile Paralyse u. s. w., 7. hysterisches Irresein***), 8. Pellagra Irresein †), 9. das Irresein, das zuweilen den Verlau der *tabes dorsualis* beschliesst ††), 10. Folgen von Intoxicationen, z. B. mit a. Alkohol, b. Blei †††), c. Arsenik, d. Quecksilber, e. Phosphor, f. Opium †*), g. verschiedenen Narcoticis.

v. Krafft-Ebing †**) hat sehr werthvolle Notizen übe

---

*) Gazetta med. Italiana-Lombardia. 1861.

**) *Caillot*, observations de la méningo-périencéphalite chroniq et primitive. 1864.

***) *Macario*, de la paral. hystérique. Ann. méd.-psych. 1re Séri Tome III. Janv. p. 62.

†) *Baillarger*, de la paral. pellagreuse. Ann. méd.-psych. 1re Séri Tome XI. Mai. p. 317 und de la paral. gén. chez les pellagreu Ann. méd.-psych. 2e Série. Tome I. Juillet. p. 317.

††) *Westphal*, *Tabes dorsualis* und *Paral. prog.* Allgem. Ztsch f. Psych. Band XX. S. 1. und Band XXI. S. 361 und 450.

†††) *Macario*, de la paral. hystérique. Ann. méd.-psych. 1re Séri Tome III. Janv. p. 62. — *Sandras*, de la paral. gén. progr. Bu gén. de thérap. Juill. 1848. — *Brierre de Boismont*, recherches s l'identité des paral. gén. progr. Ann. méd.-psych. 2e Série. Tome II Avril. p. 199. — *Delasiauve*, classification et diagnostic différenti de la paral. gén. Ann. méd.-psych. 2e Série. Tome III. Octobre. p. 62

†*) *Delasiauve*, Soc. méd. des hôpitaux de Paris 1861.

†**) Allgem. Ztschr. f. Psych. Bd. XXIII. Ueber d. klin. differen Diagnose u. s. w. S. 181.

dieses Thema gegeben. Die Hauptpunkte, auf welche die Diagnose sich stützt, sind das Stocken der Sprache, der unsichere Gang, die Ungleichheit und Unbeweglichkeit der Pupillen und eine gewisse Unbeholfenheit der Bewegungen, verbunden mit Geistesstörungen, besonders mit der sogenannten *monomanie des grandeurs.* Im Anfange der Krankheit manifestirt sich dieselbe weniger durch Lähmung als durch mangelhafte Coordination der geistigen und musculären Bewegungen. Die elektrische und Reflex-Erregbarkeit der Muskeln ist erhalten. —

Gehirntumoren pflegen Heerd-Erscheinungen hervorzurufen.

Für 1, 3—8 muss man das ätiologische Moment zu ergründen suchen.

Die durch *tabes dorsualis* hervorgerufene Erkrankungsform soll sich von der Parese dadurch unterscheiden*), dass bei jener die Kranken, wenn man sie am Sehen verhindert, schwanken und umfallen, was bei dieser nicht der Fall ist. — Solcher Fälle, wie Dr. *Westphal* beschreibt, sind hier auch zwei beobachtet; in merkwürdiger Uebereinstimmung hatte bei beiden 2 Jahre vor dem Eintritt der Geistesstörung eine *tabes dorsualis* bestanden, und fehlte bei beiden das wichtige Symptom der behinderten Sprache, sowie das weniger bezeichnende der *monomanie des grandeurs.* Wahrscheinlich ist diese Form als eine *tabes dorsualis* anzusehen, bei der der Krankheitsprocess, d. h. die Bindegewebswucherung der hinteren Rückenmarksstränge auf das Gehirn übergegangen ist, und nun der Parese ähnliche Erscheinungen hervorruft.

Bei einem Kranken, der nur kurze Zeit in der Anstalt war, aus der er geheilt entlassen wurde, lag wahr-

*) *Westphal*, l. c. Band XX. S. 28.

scheinlich eine Intoxication mit Arsen, Blei oder Quecksilber vor, was um so wahrscheinlicher ist, als er seines Standes ein Färber war, die mit Schwefelarsen-Verbindungen (Auripigment, Rubinschwefel, rothem Schwefelarsenik), mit arseniksaurem Kupferoxyd (Schweinfurter Grün), Bleioxyd (Bleiglätte, Mennige), kohlensaurem Bleioxyd (Bleiweiss), chromsaurem Bleioxyd (Kaisergelb) und *hydrargyrum chromicum* (Chromroth) häufig zu thun haben. Er kam mit Manie und Lähmungserscheinungen, besonders der Beine, hierher, und trat während seines Aufenthaltes plötzlich eine *rhypia* auf, die wieder verschwand, was Alles für eine chronische Arsen- oder Quecksilber-Vergiftung spricht*).

In gerichtlich-medicinischer Hinsicht ist die Parese eine keineswegs uninteressante Krankheit; es sind bereits mehrere Fälle veröffentlicht, wo Paretische für geistig gesund und mithin für zurechnungsfähig erachtet sind. *Solbrig***) führt einen und *Sauze****) vier solcher Fälle an.

Vorsicht bei der Diagnose ist daher sehr nöthig; eine anstossende Sprache kann angeboren sein oder aus einem zu langsamen Gedankenfluss resultiren, oder, wie das Zittern der Lippen und der Zunge, die Folge einer Aufgeregtheit sein. Die Pupillen soll man nie als bei mittlerer Lichtstärke auf etwaige Ungleichheit untersuchen, denn bei grellem Licht bemerkt man eine pathologische Enge, sowie bei sehr schwachem eine abnorme Weite derselben nicht; auch sind etwaige Synechien zwischen Iris und vorderer Linsenkapsel wohl zu berücksichtigen. Die Beurtheilung zweifelhafter Seelenzustände stösst hier

---

*) *Van Hasselt*, Handbuch der Giftlehre, übers. von *Henkel*. 2ter Theil. S. 241 und 293.

**) Ueber die allgem. Paralyse *in foro*. Allgem. Ztschr. f. Psych. Band XXII. S. 397.

***) Observ. de paral. condamnés pour vol. Ann. méd.-psych. 3e Série. Tome VII. Janv. p. 58.

auf dieselben, mitunter sehr grossen Schwierigkeiten, wie bei den übrigen Formen der Geisteskranken. Die Psychiater stehen mit *Dymphne*, der Schutzgöttin der Irren, die mitunter eine wunderbare Heilige ist, auf einem feindseligen Fuss, besonders wenn es sich darum handelt, ob ein oder das andere Individuum unter ihre Botmässigkeit gehört oder nicht; auch für die, die freiwillig zu ihr kommen und sich unter ihren Schutz stellen, die man im bürgerlichen Leben einfach Simulanten nennt, scheint sie sich sehr zu interessiren.

Dass die Krankheit eine specifische ist, kann nicht bezweifelt werden; ebenso gut wie *typhus abdominalis* u. s. w. kann man diese Form eine Erkrankungsform *sui generis* nennen, was nicht ungerechtfertigt erscheinen wird, wenn man bedenkt, dass die Parese sich in der Mehrzahl der Fälle auf dieselbe Ursache zurückführen lässt, dass ihre Symptome ganz constante sind, dass ihre Natur eine ganz bestimmte ist, dass sie das männliche Geschlecht ausnahmslos am häufigsten befällt und sich an ein gewisses Alter bindet, besonders aber einen völlig typischen Verlauf nimmt. — Obgleich die französischen Beobachter früher diese Ansicht vielfach bestritten haben, sprechen sich doch auch viele, besonders *Moreau* *), sehr bestimmt für dieselbe aus; treffend sagt *Trélat* **): „La paralysie générale est une maladie protéiforme, mais elle est toujours la même, et mène toujours au même résultat.“

Auch die Zusammengehörigkeit der körperlichen und geistigen Symptome haben sie bestritten. Während *Baillarger* ***) die körperliche Lähmung das élément primitif et principal, und die *alienatio mentalis* ein se-

*) De la paral. gén. des aliénés. Gaz. méd. 1850. 4e trim.

**) Ann. méd.-psych. 3e Sér. Tome VIII. Avril. p. 282.

***) Ann. méd.-psych. 1re Série. Tome IX. Mai. Note sur la paral. gén. p. 342.

cundäres Phänomen nennt, nennt *Lunier**) die paralysie générale sogar eine specifische Krankheit, die von der Geisteskrankheit unabhängig sei, wogegen *Brierre de Boismont***) sie in zwei Unterabtheilungen, eine mit und eine ohne Irresein, theilt; zwei Jahre später jedoch gesteht er***), es sei ihm unmöglich, zwischen der paralysie générale progressive sans aliénation und der paralysie des aliénés Aehnlichkeiten zu finden. *Griesinger*†) sagt: „Diese Paralyse kommt niemals bei Geistesgesunden vor, d. h. sie beruht auf einer Gehirnkrankheit, welche immer schwer genug ist, um ein tieferes Irresein unter ihren Symptomen zu haben.“ Allerdings sind, wenn der Process im Gehirn erst einen gewissen Grad erreicht hat, die körperlichen und geistigen Symptome immer verbunden:

„Natur ist weder Kern noch Schale,
Alles ist sie mit einem Male.“

Man wird aber wohl eine primäre und eine secundäre Form unterscheiden müssen; die erstere befällt nur gesunde Individuen, während die letztere zu schon vorhandenem Irresein tritt; unter den hier beobachteten Fällen sind 3 (No. 753, 955 und 961), bei denen schon seit einer längeren Reihe von Jahren Irresein bestand, als sich plötzlich die Symptome der allgemeinen Parese einstellten, die dann den gewöhnlichen Verlauf nahm. Ganz übereinstimmend damit bemerkt *Sankey*††): „Cependant il faut aussi admettre, que de véritables cas de

*) Ann. méd.-psych. 2e Série. Tome I. Avril. Recherches sur la paral. gén. progr. p. 183.

**) Ann. méd.-psych. 2e Série. Tome II. Octobre. Du diagnostic différentiel des div. espèces de paral. gén. p. 607.

***) Ann. méd.-psych. 2e Série. Tome III. Avril 1851. Recherches sur l'identité des paral. gén. progr. p. 195.

†) l. c. pag. 401.

††) l. c. pag. 185.

parésie générale se présentent, dans une petite proportion d'exemples (sic), chez des patients de longue résidence et de folie ancienne."

Auch *Erlenmeyer* nimmt vom pathologisch-anatomischen Standpunkte aus eine primäre und eine secundäre Form der „Gehirnatrophie" an; bei der ersteren geht der Krankheitsprocess vom Gehirn aus und greift dann auf die Gehirnhäute und später auf das Rückenmark über, während bei der zweiten die Gehirnhäute zuerst erkranken, und erst secundär das Gehirn. Wir kennen aber die physiologischen Functionen der Meningen und des Gehirns noch so wenig, besonders das Verhältniss derselben zu einander, dass gerathener scheint, bei der Eintheilung das symptomatologische Princip zu Grunde zu legen.

Zur Casuistik.

Zur Lehre von der Epilepsia larvata. — Der folgende Fall von neuralgischem epileptischem Irresein bietet des klinisch, therapeutisch und forensisch Interessanten so viel, dass wir nicht umhin können, denselben zur Kenntniss der Fachgenossen zu bringen.

Auch als einfach casuistischer Beitrag dürfte er von Werth für das Studium gewisser neuropathischer und psychopathischer Zustände sein und veranschaulichen, wie innig die Beziehungen Dieser zu einander sind, wie leicht sie Transformationen und Substitutionen erfahren können. Die Erforschung der mannigfachen psychopathischen Zustände, welche vicariirend an die Stelle epileptischer, convulsiver Paroxysmen treten können *(epilepsia larvata)*, ist noch lange nicht in dem Umfange versucht worden, als das hohe Interesse, welches die klinische und forensische Medicin an ihnen nehmen muss, bietet, und der nachfolgende Fall dürfte, da er nach allen Richtungen ausgebeutet und in seinem klinischen Verlauf klar da liegt, nicht ohne Werth für den weiteren klinischen Ausbau dieser dunklen Gebiete der Neuropsychopathologie sein und zu weiteren Untersuchungen anregen. Es handelt sich um, mit einer Intercostalneuralgie zeitweise aufgetretene, Hallucinationen und Delirien bei einem früher epileptischen Anfällen unterworfen gewesenen Mädchen, *(Dysthymia neuralgica epileptica)*, welche allmählig an die Stelleder letzteren getreten waren, und wobei sich aus dem eigenthümlichen psychischen Bilde der paroxysmellen und interparoxysmellen Erscheinungen mit Sicherheit auf die Grundursache (Epilepsie) zurückschliessen liess. Zugleich gelang es der klinischen Beobachtung, die einzelnen Paroxysmen auf die peripherische Ursache (Neuralgie) zurückzuführen, und die Beachtung dieser reflectorischen Auslösung derselben hatte einen günstigen therapeutischen Erfolg durch Hebung des Krankheitszustandes mittelst subcutaner Morphiuminjectionen zu Folge, womit ein experimenteller Beweis

des ätiologischen Zusammenhangs der einzelnen Krankheitserscheinungen und der reflectorischen Auslösung der Paroxysmen zugleich geliefert war. Die Wichtigkeit und Schwierigkeit der Begutachtung derartiger Zustände für die forensische Praxis ergiebt sich aus einem Diebstahl, den die Kranke in einem Anfalle ihres Leidens beging, der die Gerichte zur Einforderung eines Gutachtens über ihren Gesundheitszustand zur Zeit der That veranlasste.

Wilhelmine Weiss, 33 Jahre alt, katholisch, ledig, Dienstmagd, später Taglöhnerin und Vagabundin, wurde der Anstalt Illenau aus der Untersuchungshaft, in der sie sich wegen eines am 26. April 1865 begangenen Wäschediebstahls seit dem 15. Mai befunden hatte und in Seelenstörung verfallen sein sollte, am 10. Juli 1866 zum Zweck der Behandlung und Begutachtung ihres Seelenzustandes übergeben.

Aus den gleichzeitig eingelaufenen Acten über das frühere Leben der *W.* ergab sich Folgendes: Das Verbrechen, das sie zum letzten Mal in die Gewalt der Gerichte geführt hatte, war ein Wäschediebstahl, den sie am 26. April, Nachts zwischen 1 und 2 Uhr, auf einem Bleichplatz in R. begangen hatte. Gleich nach dem Diebstahl war sie mit ihrem Raub fortgeeilt, hatte sich mehrere Tage in verschiedenen Ortschaften herumgetrieben, einen Theil der entwendeten Gegenstände veräussert und mit dem Rest sich am 1. Mai bei ihrer Mutter unter dem Vorwand eingefunden, dass sie die Wäsche von einer Familie, bei der sie gewesen, zum Geschenk erhalten habe. Bei der Verhaftung, am 15. Mai, fand man noch einen Theil der entwendeten Gegenstände, nebst anderen früher gestohlenen vor, die übrigen hatten Mutter und Tochter theils verkauft, theils verarbeitet. Die Angeklagte legte ein offenes Geständniss ab und wurde einstweilen im Amtsgefängniss in Untersuchungshaft gehalten.

Schon in der ersten Zeit ihrer Gefangenschaft, in welcher grosse Anämie, *Oedem* der Füsse und Stuhlverstopfung bald auftraten, stellte sich fast jeden Abend bedeutende ängstliche Unruhe ein; sie behauptete, dass Nachts ein grosser, schwarzer Mann, mit Acten unter dem Arme, zu ihr in die Zelle komme, sich auf ihre Pritsche setze und sie schrecklich anblicke. Die Nächte waren schlaflos, unruhig, unter Tags verhielt sich die Gefangene ruhig. Trotz Versetzung in gemeinsame Haft stellte sich, vom 5. Juli an, steigende Unruhe, blindes Fortdrängen aus dem Gefängniss, *taedium vitae* ein, so dass ihre Versetzung in die Irrenanstalt vom Gefängnissarzt beantragt, und am 10. Juli ausgeführt wurde.

Wir fanden bei der Aufnahme eine kräftig gebaute, aber in ihrer Ernährung sehr herabgekommene und in hohem Grade anämische Persönlichkeit. Der Schädel etwas dolichocephal, symmetrisch; in-

differente, oft stupide Gesichtszüge, träge Mimik, träge Bewegungen, aber der motorische Apparat frei von Störungen. Keine Erkrankung vegetativer Organe, dagegen weit gediehene in schwacher Circulation, wachsbleicher, etwas gedunsener Haut, *Oedem* der Füsse sich wesentlich aussprechende Anämie nebst *fluor albus*.

Eine Reihe von Nervenbahnen, besonders aber der ganze Verlauf des linken 8ten Intercostalnerven zeigten sich auf Druck sehr empfindlich, wobei sofort ein auf die Schmerzpunkte dieser Nerven (*Valleix*) ausgeübter Druck eine eigenthümliche, ängstliche Erregung und Gereiztheit bei der Kranken hervorbrachte, und sie fragen liess, ob man ihr denn die Geschichte mit dem schwarzen Mann machen wolle. Psychisch fand sich zunächst ein hoher Grad von Gedächtnissschwäche und Beschränktheit, derart, dass sie selbst über ganz einfache Thatsachen ihres früheren Lebens keine Auskunft zu geben wusste, und ein anamnestisches Eindringen in dasselbe unmöglich war. Wie die ganze Haltung und Mimik, so verriethen auch die trägen, nur auf ganze concrete Fragen erfolgenden Antworten eine grosse Schwäche im psychischen Mechanismus, die sich auch weiter in kindischem Wesen, grosser Weinerlichkeit und Reizbarkeit aussprach. Ihren Diebstahl gestand sie, auf Befragen, unumwunden ein, gerieth aber sofort in Weinen und Klagen, sie sei unschuldig, ein schwarzer Mann, den sie auch früher schon und jetzt wieder im Gefängniss gesehen, habe sie geheissen, das Weisszeug zu nehmen; sie habe nicht widerstehen können, auch Nichts weiter dabei gedacht. — Schon einige Tage vorher und früher öfter, sei ihr so sonderbar gewesen im Kopf; sie habe oft ein Hämmern darin verspürt, es sei ihr gewesen, als ob eine ganze Menge Leute ihr zurufe. Wenn es ihr so wurde, habe sie auf und davon gemusst, tagelang sei sie oft planlos umhergelaufen. So sei es alle paar Wochen über sie gekommen. — Nach dem Diebstahl habe es sie 3 Tage und 3 Nächte fortgetrieben, sie habe Nichts als laufen müssen, habe nicht mehr essen können und ein Gefühl im Kopf und Herz gehabt, wie wenn sie die ganze Welt mitnehmen müsste. An der Realität des Phantasma hielt sie fest; die Erinnerung daran versetzte sie in lebhafte Unruhe; es werde doch nicht der Teufel gewesen sein, und sie drüber verloren gehen müssen? Worüber sie dann in läppisches Weinen, Klagen und einen in keiner Weise beherrschbaren, schmerzlichen Gedankendrang im Sinn dieser dämonomanischen Vorstellung gerieth.

Im Verlauf der nächsten Wochen änderte sich dieses Bild blödsinniger Schwäche mit kindischer Reizbarkeit und grosser Anämie nur wenig. Ein bald nach der Aufnahme verlangtes Gutachten konnte

bei dem Mangel aller anamnestischen Daten und der Kürze der Beobachtungszeit nur ein vorläufiges sein; es machte geltend, dass ein Zustand blödsinniger Schwäche vorhanden sei, wahrscheinlich hervorgegangen aus Anämie in Folge zu langen Stillens bei ungenügender Nahrung, und schloss bei der weitgediehenen Ausbildung, die der Krankheitszustand schon bei der Aufnahme hatte, dass die Störung schon früher, wahrscheinlich zur Zeit des Diebstahls vorhanden gewesen sei, ein Zustand, in dem sie der weder damals noch jetzt als solche erkannten Hallucination, die sie zur That aufforderte, keinen Widerstand leisten konnte. — Auf dieses vorläufige Gutachten hin wurde die Untersuchung eingestellt und die Kranke in der Anstalt belassen, wo wir durch fortgesetzte Beobachtung und sorgfältige Erforschung der Anamnese endlich im Stand waren, den Zusammenhang der Erscheinungen und die Pathogenese aufzufinden und, darauf gestützt, eine erfolgreiche Therapie zu gründen.

Nachdem bis zum Anfang November die bereits erwähnte intellectuelle und Gedächtnissschwäche, grosse gemüthliche Reizbarkeit, zeitweise Gedrücktheit, Verstimmung, vage Angstgefühle, hie und da Klagen über Intercostalschmerzen, die hervortretenden psychischen und somatischen Krankheitserscheinungen gebildet hatten, trat am 18. November ein heftiger Paroxysmus auf, der über die ganze Deutung des Zustandes Klarheit verbreiten sollte. — Die Kranke, an welcher ausser einer gewissen Verstörtheit und grösseren Gereiztheit nichts Auffallendes bemerkt worden war, schreckte plötzlich auf, rannte davon und wurde von den nacheilenden Wärterinnen, auf dem Boden liegend, im verzweiflungsvollen Kampf mit einem schrecklichen Phantasma getroffen. Der Kopf war glühend heiss und roth, der Blick wild, das Gesicht entstellt; plötzlich stürzte sich die Kranke auf die Umgebung, biss, trat, schlug um sich aus Leibeskräften, so dass Beschränkung nöthig wurde. Zu Bette gebracht dauerte das Umsichschlagen und Wüthen noch 10 Minuten fort, dann wurde die Kranke ruhig, begann Eindrücke aus der Aussenwelt aufzunehmen, kam rasch zu sich, blieb noch einige Stunden sehr gereizt, schwerbesinnlich, verstimmt mit schmerzlichem Gedankendrang, dass Gott sie verlassen habe, und ging dann in den *status quo ante* über. Es zeigte sich, dass sie gar kein Bewusstsein von dem, was während ihres Anfalls mit ihr vorgegangen war, hatte, dagegen wusste sie ziemlich gut Bescheid über die Erlebnisse ihres Traumzustandes zu geben.

Unter Hämmern im Kopf, Gefühl von Schauern durch den Körper, sei plötzlich eine fürchterliche Bangigkeit über sie gekommen. Ein schwarzer Mann mit langen Ohren, langem Barte und Rossfüssen

sei vor ihr gestanden, habe Feuer gegen sie gespieen, ihre ewige Seligkeit von ihr verlangt, befohlen, dass sie Alles zusammenschlagen solle. Er habe sie ins Herz gestochen, in der Seite getreten und gebrannt. Sie könne nicht begreifen, wie er zur Thüre hereingekommen sei, aber Wirklichkeit müsse es doch sein, da sie ihn gesehen, gehört und gefühlt habe. Dieser Zustand eines transitorischen Deliriums, das im ganzen Krankheitsverlauf isolirt stand, noch mehr die Angaben der Kranken, dass sie in die Seite gebrannt, gestochen u. s. w. worden sei, was auf irgend eine schmerzhafte Empfindung an dieser Stelle hindeutete, der Umstand, dass schon früher an dieser Stelle Intercostalneuralgie beobachtet worden war, mit deren Exacerbationen Zustände von psychischer Verstimmung, Gereiztheit oder flüchtiges Auftauchen der hallucinatorischen Figur des schwarzen Mannes aufgetreten waren, musste zunächst den Verdacht erwecken, ob wir es nicht mit einer *Dysthymia neuralgica*, einer Reflexpsychose, die durch einen peripheren Reiz, vielleicht die schon constatirte Intercostalneuralgie geweckt war, zu thun hatten.

Die Vermuthung sollte sich bald bestätigen, da am 30. d. M. wir rechtzeitig zu einem weiteren Anfall gerufen, das Vorhandensein einer äusserst heftigen Neuralgie des 8ten linken *Intercostalis* nachweisen konnten. Der Anfall dauerte dies Mal länger, etwa eine halbe Stunde, verlief im Uebrigen genau wie der frühere. Druck auf die neuralgische Stelle steigerte ihn zu einer enormen Höhe, und führte sofort zur Wiederkehr des Wahns, dass das Phantasma sie ins Herz stechen wolle. — Mit dem Aufhören des Anfalls war auch die Neuralgie verschwunden. An der Diagnose war somit nicht mehr zu zweifeln; wir hatten es mit einer *Dysthymia neuralgica* zu thun, die, je nach der Intensität des Schmerzes, bald als blosse psychische Depression, als flüchtige Hallucination, oder als furibundes Delirium sich äusserte, dessen einzelne Wahnvorstellungen ihr Material von der neuralgischen Stelle bezogen, gleichsam nur die allegorischen Interpretationen des ins Traumleben hinüber percipirten Schmerzes waren. Derartige Anfälle traten in der Folge noch am 4., 8., 23. December, am 4. und 23. Januar auf. Hämmern im Kopf, Gefühl eines Schauers im ganzen Körper, heisser, congestionirter Kopf, verstörter, grosse Angst verrathender Blick, grosse Gereiztheit, barsche, heftige Sprache, unruhiges Umhertreiben, plötzliche Angriffe auf die Umgebung, waren regelmässig die Prodrome der Anfälle, die plötzlich eintraten, bis ins Detail meist einander glichen, 10 Minuten bis ½ Stunde dauerten, und nur eine Erinnerung für das im Traumzustand Erlebte hinterliessen. — Heftiger Kopfschmerz, grosse Mat-

ligkeit, Reizbarkeit, Schwerbesinnlichkeit bestanden dann noch einige Stunden, worauf die Kranke wieder in den früheren Zustand zurückkehrte. — Mit der Erkenntniss des Zusammenhangs der Erscheinungen war die Therapie gegeben und einfach. Die Neuralgie wurde mit subcutanen Morphium-Injectionen (2 mal täglich gr. $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{6}$ an die Schmerzpunkte) behandelt und gemildert, die Umgebung angewiesen, bei den geringsten *prodromi* den Arzt sofort zu rufen; vorhandene Anfälle wurden durch starke Injectionen coupirt, die Anämie durch Eisen und Diät gemindert, endlich unter fortgesetzter Anwendung der Injectionen die Neuralgie beseitigt*), worauf die Anfälle ausblieben, die intellectuelle und Gedächtnissschwäche sich besserte, die Reizbarkeit, Verstimmung und Hallucinationen schwanden und die Kranke im Mai 1866 nach Hause entlassen werden konnte und, wie bis zum Juni 1867 eingezogene Nachrichten ergeben, von den früheren Erscheinungen ihres Leidens frei blieb.

Offenbar hatten wir es in unserem Fall mit einer neuralgischen Psychose zu thun, und soweit war er klar. Weniger zu Tage aber lag der pathologische Zustand des Centralorgans, die Bedingungen, durch welche in diesem ein peripherer Reiz sonst unerreichbare Nervengebiete in Erregung versetzen konnte. Waren die Bedingungen dieses krankhaften Hirnzustandes einfach in der mangelhaften Hirnernährung, der grossen Anämie zu suchen, oder bestand eine anderweitige centrale Neurose, deren symptomatischer Ausdruck vielleicht in transformirter Gestalt die bei der Kranken beobachteten Anfälle und von denen die neuralgischen Erscheinungen nur eine Theilerscheinung waren? Hier konnten zunächst nur zwei Neurosen in Betracht kommen, hysterische und epileptische Zustände. Für Hysterie sprach, ganz abgesehen von der inzwischen erhobenen Anamnese, weder die Form der Anfälle, noch der psychische Zustand in der Zwischenzeit, wohl aber fanden sich starke Indicien, dass ein epileptisches Leiden vorlag. Darauf deuteten ein Mal die grosse Gedächtnissschwäche, grosse Reizbarkeit und zeitweise psychische Verstimmung der Kranken, ihre ganz abrupt auftretenden Hallucinationen schrecklichen Inhalts, die Art der Anfälle selbst, ihre Gleichförmig-

*) Eine auffallende Erscheinung war, dass während sonst Gr. $\frac{1}{8}$ Morph. in subcutaner Anwendung schon Brechen hervorrief, während des Anfalls gr. j injicirt, durchaus keine toxische Erscheinung hervorbrachte, so dass also während desselben das Nervensystem in einem ganz anderen Erregungszustand sich befinden musste. Ebenso gelang es nur den Anfall zu coupiren, wenn in dem Prodromalstadium injicirt wurde; im Anfall selbst hatte die Injection gar keine Wirkung mehr.

keit, die nur Intensitätswechsel zuliess, und die Delirien und Hallucinationen schrecklichen Inhalts in diesen, ihr plötzliches Auftreten, die Amnesie für Alles während der Anfälle um die Kranke Vorgegangene, der Uebergang derselben zum früheren *Status quo* durch ein Stadium des Stupors und der Schwerbesinnlichkeit. Liess schon all dies die charakteristischen Züge einer epileptischen Störung erkennen, so gewann die Vermuthung Gewissheit, als die Kranke einmal plötzlich vom Stuhl fiel und eine mehrere Secunden dauernde *vertigo epil.* darbot. Ebenso wurde sie eines Morgens mit aufgeschärfter Wange ausser Bett in einem schwerbesinnlichen, gereizten Zustand getroffen, ohne dass sie Auskunft über das, was mit ihr vorgegangen war, geben konnte. Die Anamnese, die mit der fortschreitenden Besserung des psychischen Befindens allmählig möglich geworden war, und durch Angaben der zum Besuch gekommenen Mutter ergänzt wurde, sollte den Beweis vervollständigen, dass es sich um eine reine Reflexepilepsie handelte, deren convulsivische Paroxysmen von eigenthümlichen neuropsychischen Zufällen, analog den epileptisch-maniakalischen, vertreten waren, und als Aequivalente jener, als transformirte Erzeugnisse ein und desselben Grundzustandes angesehen werden mussten.

Die bezüglichen anamnestischen Momente waren folgende:

W. W. ist keiner nachweisbaren Prädisposition zu Psychosen unterworfen; eine Schwester litt an epileptischen Krämpfen. Die *W.* war in ihrer Jugend sehr kränklich und litt schon in ihrem 10. Jahr an linksseitiger Intercostalneuralgie, mit deren Exacerbationen sie schon damals häufig ängstlich, schwermüthig wurde, einen Druck am Herz klagte, und plan- und ziellos, oft mitten in der Nacht, davon lief, und ohne zu wissen, was sie gethan, wo sie gewesen war, nach Stunden oder Tagen wieder heimkehrte.

In ihrem 11. Jahr traten auf der Höhe der Intercostalneuralgie, die sie charakteristisch beschreibt, Krampfanfälle auf, in denen man sie für todt hielt. Sie hatte allgemeine heftige clonische Krämpfe; das Bewusstsein war völlig aufgehoben, oft stand Schaum vor dem Mund —, unzweifelhaft epileptische Krämpfe, die sich häufig, besonders zur Zeit der Menses, wiederholten und bis zum 15. Lebensjahr die Kranke heimsuchten.

Mit 13½ Jahren traten die Menses unter Schmerzen ein und verliefen in der Folge sehr unregelmässig und schmerzhaft. Von der Zeit der Pubertät an scheint die Kranke mehrere Jahre an Chlorose gelitten zu haben. Mit dem Aufhören der Krämpfe hörten aber die neuralgischen Anfälle nicht auf. An die Stelle jener traten mit den Exacerbationen der Neuralgie die ersten Hallucinationen. Dasselbe

dämonische Phantasma, das im späteren Krankheitsverlauf eine so grosse Rolle spielt, erschien in Zeiträumen von 4—12 Wochen, spie Feuer gegen sie, schlug gegen sie (an die neuralgische Stelle) mit zwei grossen, schwarzen Flügeln, befahl ihr, Das und Jenes zu stehlen und zu thun, und wenn sie ihm sofort nicht zu Willen war, so verhöhnte und verfolgte es sie.

Diese schrecklichen Visionen stellten sich meist mit dem Gefühl von Brausen und Hämmern im Kopfe ein. Wenn sie die Augen schloss, wurden die Phantasmen, die sie früh als eine Teufelsvision erkannte, heftiger. Erreichte der Anfall seine Höhe, so liess es ihr keine Ruhe mehr, in blindem Drang, planlos auf und davon zu laufen. Der „Böse" verfolgte sie dann Stunden weit, gebot ihr Gegenstände, die sie sah, zu nehmen, zusammenzuschlagen u. s. w. Wenn sie ihm den Willen that, wurde ihr sofort leichter. Ein klares Bewusstsein von der Umgebung hatte sie während dieser Zufälle nicht; die Leute kannte sie nicht, die ihr begegneten. Wenn sie, nach Stunden oder Tagen, erschöpft nach Hause kam, wusste sie nicht, wo sie gewesen war, noch wo sie die Gegenstände, die sie bei sich trug, entwendet hatte. — Diese Anfälle traten seit ihrem 15. Jahr, nur nicht so ausgebildet, als die in der Anstalt beobachteten, alle paar Wochen auf. Sie glichen wesentlich, bis ins Detail, einander, nur die Intensität war eine wechselnde. Bald kam die Vision nur flüchtig, schattenhaft und rief ihr einen Befehl zu, dem sie noch widerstehen konnte, bald war das Phantasma so lebhaft, die Bewusstseinsstörung so gross, dass sie blind gehorchen musste. Sie habe auf das Geheiss des „schwarzen Mannes" Viel wegnehmen müssen, dadurch viel Kummer und Verdruss von den Leuten erfahren, sei oft eingesperrt worden und habe doch von ihren Diebstählen nichts gewusst und selbst oft, wenn sie wieder bei sich war, die Gegenstände den Eigenthümern wieder zurückgegeben. Es habe ihr viel Thränen gekostet.

Zuweilen kam es auch nicht bis zur Vision, sondern die Neuralgie führte blos zu grosser Bangigkeit und Ruhelosigkeit. Ein Gefühl unendlicher Depression im Epigastrium kam über sie, ein Drang, auf und davon zu laufen und aufzupacken, wessen sie nur habhaft werden konnte, Gedanken, wie wenn sie Alles zusammenschlagen müsste. Auch hat sie wirklich, in einem solchen Zustand, ihrer Dienstherrschaft ein Mal Zimmergeräthe demolirt. Im Allgemeinen entsprachen diesen Zuständen niedere Grade der Neuralgie; mit der Steigerung derselben trat jedes Mal die bekannte Vision ein, und ihrer Höhe entsprachen die geschilderten furibunden Delirien. So weit die Anamnese, aus der noch hervorgeht, dass die Kranke

in den letzten Jahren oft vom Stuhl gefallen, auf dem Feld bei der Arbeit bewusstlos umgesunken und mit einem unendlichen Wehgefühl wieder aufgewacht war.

Wir haben der klinischen Erörterung des Falles wenig mehr beizufügen. Offenbar handelt es sich nur um verschiedene Symptomengruppen ein und desselben Grundzustandes, nämlich einer epileptischen Reflexneurose, die bald als einfache psychische Depression mit ängstlichen Affecten und negativen Trieben, bald als hallucinatorisches Delirium in bestimmter Weise, bald als *vertigo*, bald als genuiner epileptischer convulsiver Paroxysmus in Scene tritt. — Trotz der Vielgestaltigkeit des Krankheitsbildes erkennen wir doch deutlich an der Pathogenese, dem Verlauf, dem immer nachweisbaren peripheren Reiz und dem eigenthümlichen paroxysmellen und interparoxysmellen psychischen Zustand die gemeinschaftliche epileptische Basis. Diese Zustände der Epileptiker sind noch wenig erforscht und selbst in *Reynolds'* verdienstvollem Werk *) suchten wir vergebens nach derartigen Fällen. Die einzige Vorarbeit in diesem höchst interessanten Theil der Nervenpathologie verdanken wir *Morel***), der in einer kleinen Broschüre das Vorkommen derartiger Delirien auf epileptischer Basis nachgewiesen hat. Er nennt sie: „Epilepsie larvée" und findet in ihnen specifische „Kriterien", aus denen sich, wie in unserem Fall, auf die latente Neurose schliessen lasse. Ueber die forensische Bedeutung derartiger Zustände nur wenige Bemerkungen!

Das Vorkommen derartiger neuro- und psychopathischer Zustände hat nicht blos ein grosses Interesse für die klinische, sondern auch für die forensische Medicin. Abgesehen von ihrer Flüchtigkeit, die eine Constatirung des *status ante et post factum* äusserst erschwert, der Gefahr der Simulation und Vorschützung solcher Zustände, ist die bisherige, oft rein psychologisirende Methode der Analyse gegenüber solchen Zuständen durchaus fehlerhaft und ungenügend. Das Studium der neuropathischen Zustände ist noch wenig erforscht, die Beobachtung der sensiblen Störungen, speciell der Neuralgieen wird bei forensischen Untersuchungen vernachlässigt, und erst der so eben erschienenen und langjährige in Illenau gemachte Erfahrungen ver-

*) *R. Reynolds*, Epilepsie, übers. v. *Beigel.* Erlangen, 1865. s. Dr. *Kirn* in dies. Ztschr. XXIII. Heft 3. S. 264.

**) *Morel*, D'une forme de délire, suite d'une surexcitation nerveuse, se rattachant à une variété non encore décrite d'épilepsie. Paris, 1860. Vergl. *Falret*, de l'état mental des épileptiques. Paris, 1861. p. 55 u. flg.

werthenden verdienstvollen Monographie von *Schüle* (Die *Dysphrenia neuralgica*. Eine klinische Abhandlung. Carlsruhe, 1867.) verdanken wir eine genauere und gründlichere Kenntniss der Beziehungen, in denen neuropathische Zustände zu den Psychosen stehen, nachdem *Griesinger* (Archiv f. physiol. Heilk. VII. S. 338) einige darauf bezügliche Erfahrungen mitgetheilt hatte. Es ist mehr als Vermuthung, wenn wir, gestützt auf die tägliche Beobachtung psychisch Kranker, die Wichtigkeit neuralgischer Zustände für die forensische Praxis betonen, und auf eine eingehende Untersuchung, wie sich der Status der Sensibilität verhält, vorkommenden Falls dringen möchten. Die vorliegende Krankheitsgeschichte zeigt klar, wie, unter besonderen Verhältnissen, psychische Verstimmungen, negative Triebe, Vorstellungen und Hallucinationen negativen Inhalts bis zu furibunden Delirien durch Neuralgieen geweckt werden können und legt die Frage nahe, ob nicht eine Reihe der als Monomanieen, instinctive Antriebe, Paradoxieen des Willens u. s. w. in der Literatur verzeichneten Fälle auf solchen, durch zeitweilig auftretende heftige körperliche Missgefühle geweckten psychischen Verstimmungen, Angstgefühlen, Hallucinationen, Zwangsvorstellungen, negativen Trieben u. s. w. beruhen, und in solchen ihre einfache, auf rein psychologischem Weg bisher vergebens erstrebte Lösung finden*).

Die neuere Casuistik ist noch nicht reich genug, um diese Frage beantworten zu können und die ältere, die diesen gesetzmässigen Zusammenhang noch nicht kannte, giebt darüber keinen Aufschluss. Jedenfalls liegt der Thatsache der Abhängigkeit des psychischen Schmerzes vom physischen und des leicht möglichen Auftretens negativer Willensrichtungen und Triebe durch heftige physische und psychische schmerzhafte Eindrücke die Forderung nah, einer so wichtigen Frage eingehende Betrachtung zuzuwenden. — Für die Entstehung von Präcordialangst sind jedenfalls peripherische Neuralgieen von grosser Bedeutung, und dass auch plötzliche Angriffe auf das eigene und das Leben Anderer, Zerstörungstrieb und Wuthausbrüche Irrer zeitlich nicht selten genau mit heftigen körperlichen Missgefühlen zusammenfallen, scheint uns, nach eigenen und fremden Erfahrungen, ausser Zweifel zu sein. — Nahe liegt nach dem vorliegenden Fall auch die Möglichkeit, dass gewisse Zustände von *Mania transitoria* auf neuralgischer Basis stehen und zur Gruppe der Neuropsychosen gerechnet werden müssen. Von dieser Seite kann vielleicht etwas für die gerichtliche Psychiatrie geschehen, können an die Stelle unsinniger Willenskrankheiten und Monomanieen, empirisch wahre klinische

*) Vergl. *Morel*, op. cit. p. 28.

Krankheitsbilder treten. — Die gerichtliche Psychiatrie bedarf einer Restauration in diesem Sinn, um aus einer blossen gerichtlichen Psychologie, die mit rein psychologisirenden und doctrinären Anschauungen den Erscheinungen Zwang anthut, zur Psychopathologie (vergl. *Flemming* a. a. O.) sich zu erheben, die sich auf allgemein wissenschaftliche Thatsachen stützt und das kranke Seelenleben nach allen seinen Richtungen, nicht blos nach einer, zu erfassen weiss. — Die Wichtigkeit des Gegenstands lässt wünschen, dass diese Aufgabe bald und vorurtheilsfrei ihre Lösung finde.

Dr. *von Krafft-Ebing.*

Literatur.

A. Motet, les aliénés devant la loi. Paris, Baillière, 1866. 48 Seiten.

Der Verf. tadelt, dass die vielen Angriffe auf Irrenanstalten und das Gesetz von 1838 unerwiedert bleiben. Dem von vielen Seiten, selbst von ärztlicher ausgegangenen Verlangen nach weniger beschleunigter Aufnahme und nach grösserer Freiheit für die Freiheit hält er entgegen, dass, je häufiger die Aufnahmen, desto mehr Genesungen, dass die Versetzung in die Irrenanstalt der Sicherheit und der Heilung wegen nöthig und die Behandlung in der Familie mit Gefahr verbunden ist. Es sei unmöglich, dass Aerzte das Gesetz wegen Aufnahme missbrauchen können. Gegen den Vorwurf, dass seit der Dauer des Gesetzes die Zahl der Irren in den Anstalten zunehme, führt er an, dass von 55,000 Irren in Frankreich nur 33,000 in Anstalten untergebracht seien, und verweiset auf die Wohlthat der Abnahme der Vorurtheile. An dem Fall eines Paralytikers zeigt er, dass nur der Arzt das Unheil, das ein solcher anrichte, vorhersehen kann. Der Verf. erinnert daran, dass in der Discussion über das Gesetz von 1838 (Moniteur vom 7. bis 8. April 1837) alle Bedenken wegen Verletzung der persönlichen Freiheit vorgebracht und widerlegt worden seien. — Auch der Vorschlag, jede Aufnahme von einem richterlichen Ausspruch abhängig zu machen, welchem wir schon in einem Aufsatze des Grafen *Benzel-Sternau:* „Rechte der Wahnsinnigen" (Publikola, Gesammelte Blätter, Regensburg 1805) begegnen, wird beleuchtet — dem Ausspruch gegenüber, dass Jeder mit gesundem Menschenverstand über Seelenstörung so gut oder noch besser urtheilen könne, als ein *Pinel* und *Esquirol*, wahrt der Verf. die ärztliche Competenz. Der §. 13. des Gesetzes über die Entlassung aus der Anstalt ist vielleicht etwas zu eng gefasst, da auch Andere als Genesene entlassen werden müssen; richtig aber ist, was

der Verf. von der blossen Scheinbarkeit mancher Genesungen sagt. — Jeder, der an diesen Anstalten arbeitet, wird sich freuen, wie glänzend die freilich unbegreiflichen und widersinnigen Angriffe hier widerlegt werden, und wird sich aufgefordert fühlen, durch Eifer und Treue in dem schönen Beruf die kräftigste Widerlegung zu liefern. *Motet*'s Darstellung ist lebendig, würdig und überzeugend.

Rr.

La simulation de la folie, étude médico-légale par le Dr. *Armand Laurent.* Paris, 1866. gr. 8. 383 p.

Verf. bemüht sich unter Betonung der somatischen Grundlage der Psychosen ihre forensische Begutachtung auf eine exacte medicinische Grundlage zurückzuführen. Seine ausführliche Betrachtung der Simulation giebt uns, ohne gerade viel Neues zu liefern, eine umfassende Darstellung des einschlägigen Stoffes und wichtige Gesichtspunkte zu dessen richtiger Würdigung. Die Resultate seiner Forschung lassen sich in Folgendem zusammenfassen: Seelenstörung wird aus den verschiedensten Motiven, vorzugsweise aber von Verbrechern simulirt. Während eine grosse Zahl solcher simulirter Störungen durch den schlichten gesunden Menschenverstand entlarvt wird, giebt es auch Fälle, die mit so grossem Geschicke durchgeführt werden, dass ihre Erkenntniss sehr erschwert ist. Bei solchen Simulanten findet man gewöhnlich schon im vorausgegangenen Leben eine Reihe von Thatsachen, welche einen verschmitzten Charakter und eine alte Uebung in der Verstellungskunst beweisen. Die Gewandtheit und Hartnäckigkeit solcher Individuen erfordert von Seiten der Experten tiefe psychiatrische Kenntnisse und grosse Ausdauer, um jene mit ihren eigenen Waffen zu schlagen. Das Examen darf sich nicht auf die ausführlichste Anamnese beschränken, sondern muss auch zu einer sorgfältigen persönlichen Untersuchung vorgehen. Letztere muss den Geisteszustand nach allen Richtungen eingehend erforschen, aber auch die somatischen Erscheinungen möglichst berücksichtigen. — Die Irrenanstalt bietet die besten Bedingungen für die Untersuchung, denn dort finden sich sowohl die um die Seelenstörungen am meisten kundigen Sachverständigen, als auch die geeignetsten Mittel für eine exacte Prüfung. — Was die Form der simulirten Störung betrifft, so findet man weitaus am häufigsten die verschiedenen Aeusserungen des Blödsinns, ferner acute Manie, Wenige versuchen die Monomanieen darzustellen, Einzelne fingiren die Epilepsie, die Hysterie, den Somnambulismus und verschiedene Paralysen (différentes paralysies!). Bezüglich der Zusammensetzung

der psychischen und physischen Symptome zu einer bestimmten Krankheitsform betont *L.* mit Nachdruck, dass es den Simulanten unmöglich sei, dem kundigen Arzte ein naturgemässes Bild einer speciellen Störung darzustellen. Simulanten fehlen in der Regel durch Uebertreibung der einen oder anderen Erscheinung auf Kosten oder bei gänzlichem Mangel anderer. Es ist nach Verf. zuweilen nothwendig, das directe Examen durch Hülfsmittel zu unterstützen, um den wahren Zustand des Individuums aufzudecken, man wähle solche, welche am meisten mit der menschlichen Würde harmoniren (z. B Douchen). — Endlich kann die Simulation auf den Simulanten selbst sehr schädlich einwirken, indem der physische und moralische Zwang und die durch die Verstellung bedingte sehr peinliche Lage, wenn sie lange Zeit mit grosser Anstrengung fortgesetzt wird, eine wirkliche Seelenstörung erzeugt. — 82 interessante, mit grossem Fleiss gesammelte Fälle beleuchten die im Texte niedergelegten Anschauungen.

Dr. *Kirn.*

L'aliéné devant lui-même, l'appréciation légale, la législation, les systèmes, la société et la famille par *Henri Bonnet*, Préface par *Brierre de Boismont.* Paris, 1866. (Victor Masson.) gr. 8. 540 S.

Bei unseren Nachbarn über dem Rhein regt sich wieder einmal ein revolutionärer Geist, aber zum Glück nicht auf politischem Gebiet, sondern auf dem der Irrenpflege. Die Tagespresse, beherrscht von einigen doctrinären Ultraphilanthropen und des wahren Sachverhalts ganz unkundigen skandalliebenden Schreiern, dringt auf nichts Geringeres als auf Abschaffung der Irrenanstalten, in denen die Kranken geknebelt, der persönlichen Freiheit beraubt, unheilbar gemacht werden und früh dahin siechen (!), sowie auf eine Reform des Irrengesetzes vom Juni 1838, das die Bürger nicht vor einer verbrecherischen Detinirung in Irrenanstalten schütze. Sonderbar, dass die Epigonen einer Nation, die *Pinel* und *Esquirol* zu den ihrigen zählt, es gerade sind, die das, was denselben zum unverwelklichen Ruhme gereicht, in blindem Unverstand, jetzt nachdem es Decennien segensreich gewirkt hat und in allen Ländern nachgeahmt wurde, zu zerstören versuchen; billiger Weise durfte die Pflicht und Ehre, solche Ausgeburt gebührend zurückzuweisen, auch nur den Irrenärzten Frankreichs zukommen, und dieser Aufgabe hat sich Herr *Bonnet* in vorliegendem Werke mit einer Würde und wissenschaftlichen Schärfe unterzogen, die ihm nicht nur auf den Dank seiner

Landsleute, sondern der Irrenärzte aller Länder gerechten Anspruch giebt.

Leider gestattet mir der Raum nur eine kurze Inhaltsübersicht des Werks, das, wenn auch für einen grösseren Leserkreis berechnet, dem Fachgenossen ein anschauliches Bild des französischen Irrenreformschwindels und manche Belehrung bieten möchte.

Cap. I. — l'aliéné devant lui-même — weist die Nothwendigkeit und Wohlthat der Anstalten für die öffentliche Sicherheit und die individuelle Wohlfahrt der Kranken nach. ⅘ der Irren sind dauernd oder zu Zeiten gemeingefährlich und bedürfen der Beraubung ihrer Freiheit durch Asyle. Die Erfahrung lehrt zur Genüge, welches Unglück alljährlich durch sich selbst überlassene Irre herbeigeführt wird. Die scheinbar harmlosesten sind oft die gefährlichsten. Die Gewandtheit der Kranken in der Dissimulation ihres Zustandes ist eine grosse. Eine unrechtmässige Einschliessung eines Nichtirren ist durch die bestehenden Gesetze unmöglich, seit 60 Jahren nicht vorgekommen und eine Absurdität und lächerliche Fabel.

Cap. II. — l'aliéné devant l'appréciation légale — beklagt die Vorurtheile und die Unwissenheit der Juristen gegenüber psychischen Zuständen. Nur Aerzte, besonders Irrenärzte, sind berufen, über solche ein Urtheil abzugeben.

Die bisherige Art der Rechtsprechung in Frankreich entspricht nicht diesem Desiderat und rechtfertigt das ausgesprochene Urtheil über die Juristen.

Cap. III. — l'aliéné devant l'état mental — Verf. geht die verschiedenen Zustände psychischer Störung durch und weist nach, wie aus Nützlichkeits- und humanen Gründen die äussere Freiheitsbeschränkung der Kranken, die ja gerade durch den Verlust ihrer psychischen Freiheit unverantwortlich für ihre Handlungen sind, geboten ist.

Die Annahme von Monomanieen und die sich daraus ergebende partielle Zurechnungsfähigkeit werden mit Recht verworfen, da bei jeder Monomanie das Seelenleben in toto erkrankt sei. Warnung, solche scheinbar nur partiell gestörte Kranken sich selbst zu überlassen. Mit der Detention in Anstalten als Mittel die Uebertragung der Psychosen durch Vererbung hereditärer Disposition zu beschränken, hat *B.* theoretisch Recht, dürfte aber in praxi gründlich damit Schiffbruch leiden.

Cap. IV. — l'aliéné devant la législation. Unstreitig einer der interessantesten Abschnitte des Werks, in dem Verf. eine werthvolle historisch kritische Skizze der Entwicklung der französischen Irrengesetzgebung giebt und evident die Brauchbarkeit der-

selben und die Sicherstellung gegen widerrechtliche Freiheitsberaubung durch das Gesetz von 1838 nachweist. Freilich müssten auch hier wie bei Allem in der Welt fort und fort Verbesserungen Platz greifen.

Cap. V. enthält eine werthvolle vergleichende Zusammenstellung der Französischen, Genfer, Niederländischen, Belgischen Gesetzgebung und die Mittheilung des Statuts für Gheel.

Cap. VI. — l'aliéné devant l'erreur systématique — eine *lichtvolle* streng wissenschaftliche Widerlegung aller der den Irrenanstalten von ihren Gegnern zur Last gelegten angeblichen Missstände, die hoffentlich ein- für allemal das banale Gerede derselben verstummen machen wird und die hohe sociale und sittliche Bedeutung humaner Freiheitsbeschränkung unglücklicher Kranker durch eine geordnete Anstalt gebührend hervorhebt.

Cap. VII. — l'aliéné devant la vérité — das sog. familiale System, die Belassung des Kranken in der Familie oder seine Unterbringung bei Bauern ist der Ersatz für die Anstalten und das hohe *Ziel* der Humanitätsapostel und Pseudoreformatoren des Irrenwesens. Die Beleuchtung der Missstände dieses familialen und agricolen Systems, das mit der Aufhebung des Anstaltszwangs dem Kranken das wichtigste Mittel seiner Genesung — die Anstalt — nimmt, ihn unter schlechte hygienische Bedingungen versetzt, ihn der Ausbeutung durch seinen Zustand nicht kennende, gewinnsüchtige Bauern aussetzt u. s. w., bildet den Schluss des Werks. Wir vermissen etwas, die Unterscheidung der heilbaren und unheilbaren Kranken. Für die ersteren kann nur eine vortreffliche Heilanstalt am Platz sein, für die letzteren können die Anstalten nicht ausreichen und Verf. kommt mit sich in Widerspruch, wenn er theoretisch alle Irre in Anstalten verpflegt wissen möchte, und in praxi kaum Platz für die Heilbaren, Gemeingefährlichen und Hülflosen in denselben findet.

Das System der Localversorgung, wie es in Baden segensreich durchgeführt ist, wäre doch nicht ganz zu verwerfen und eine Reform bezüglich der Unheilbaren in dieser Hinsicht in anderen Ländern zu versuchen. Verf. spricht sich diesem System der Wiederversetzung Kranker, denen die Anstalt kein Heilzweck mehr bietet, und die nicht gemeingefährlich oder hülflos sind, in die Familie nicht günstig für Frankreich aus und sieht in dem Unverstand, der Gewinnsucht, Gewissenlosigkeit etc. der Angehörigen Gefahren für den Kranken. In Baden, wo die Direction der Landesanstalt im Verein mit den Sanitäts- und Administrationsbehörden diese Localversorgung überwacht, kommen diese Missstände selten zur Wahrnehmung, und die praktische Durchführung dieses Systems beweist bei

uns wenigstens dessen Brauchbarkeit. Trotzdem werden wir freudig den Worten *Lunier's*, mit denen Verf. schliesst, beistimmen:

„Il n'y a rien de tel pour les aliénés qu'un bon asile."

46 gut gewählte Krankengeschichten dienen zur Bestätigung dieser These und des auf ihr basirenden Werks, das ein treffliches Vorwort aus der Feder *Brierre de Boismont's* einleitet.

Dr. *v. Krafft-Ebing.*

Motet, de la possibilité et de la convenance de faire sortir certaines categorie d'aliénés des asiles spéciaux et de les placer, soit dans des exploitations agricoles, soit dans leur propres familles. Lyon, 1865. 22 Seiten.

In diesem schon am 1. October 1864 in dem medicinischen Congress zu Lyon gehaltenen Vortrag, dessen Gegenstand seither viel ausführlicher in der société méd.-psychol. zur Sprache kam, wird die Nothwendigkeit der Irrenanstalten für Heilbare und für Unheilbare dargethan. Was Gheel betrifft, beruft sich der Verf. auf *J. Falret* und lässt es nur soweit gelten, als es sich einer Anstalt nähert. Aus diesem Urtheil lässt sich schliessen, was er von dem von ihm übrigens nicht genannten „familialen System" halten mag. Die Ackerbaucolonieen, wie die mit grosser Befriedigung angeführte von Fitz-James b. Clermont, hält er für zulässig, insofern sie unter ärztlicher Leitung stehen. Die Nachtheile vom Verbleiben der Irren in der Familie werden lebendig geschildert. Ausnahmen lässt er nur für ruhige Wahnsinnige, besonders ältere Leute gelten und verlangt Unterstützung für sie. Von der Zurückgabe eines Irren an die Familie spricht der Verf. nur mit vielen Klauseln. Die Localversorgung, wie sie z. B. in Baden sich bewährt hat, ist ihm unbekannt. Die auf dem Titel ausgesprochene Aufgabe möchte kaum vollständig gelöst sein. Immer aber ist diese Arbeit als ein willkommener Beitrag zur Widerlegung der modernen Angriffe auf die Irrenanstalten zu begrüssen. *Rr.*

Lettre sur l'aphasie par *G. Audiffrent.* Paris, 1866. 30 Seiten.

Ein Brief an *Bouillaud* geschrieben, der, veranlasst durch die bekannten Discussionen in der Academie, bereits 1865 in l'Abeille

méd. veröffentlicht und jetzt einer „Théorie de la vision“ *A.*'s angehängt ist. Der Verf. gehört der von *A. Comte* gegründeten Schule des sog. Positivismus an. Der Abhandlung liegt keine eigene Beobachtung zu Grunde; sie erscheint als das Resultat einer Speculation im Sinne dieser Schule. Zur Orientirung über die Auffassung *Comte's*, so weit sie die psychischen Functionen angeht, ist ein „tableau systématique de l'âme“ (!) beigegeben. *Kpp.*

Du Hachisch ou Chanvre indien par le Dr. *Edouard Grimaux*, Pharmacien de Ier Classe. Paris, 1865.

Ein Werkchen von einigen 50 Seiten, in welchem der Verf. weder etwas Neues noch etwas Eigenes bringt, mit Ausnahme einiger selbst gemachten Versuche über den Hachisch-Rausch. Er beschreibt dieselben von der 27sten Seite ab, nachdem er sich vorher namentlich über die Bereitungsweise des Hachisch ausgelassen hat. Die Wirkungen desselben bestehen, wie Verf. sagt, in einem Concentriren der Ideen, einer allmähligen Abstraction von dem Ich und der Wirklichkeit, so dass man in eine neue Welt einzutreten scheint; daneben Empfindungen von Hitze und Druck in den Schläfen und den Hypochondrien, Gefühl von Zugeschnürtsein der Kehle, Trockenheit des Mundes; der Gang wird schwankend; die Wangen fallen ein, das Gesicht wird bleich, der Blick schweifend; zeitweise zitternde, krampfhafte Bewegungen durchzucken den Körper mit vorwiegender Thätigkeit der Bauchmuskeln. Ausbrüche von albernem, brüsken Lachen bezeichnen den Zeitpunkt, wo die bis dahin noch erhaltene und der Beobachtung fähige Intelligenz zu schwinden beginnt und der Zustand in Gesicht und Geberden eine ungekannte Glückseligkeit ausdrückt; in diesem Stadium beginnen die Phantasieen, die Vorstellungen strömen in Menge herbei, vermischen und durchkreuzen sich; nicht selten ist eine Idee vorherrschend oder wiederkehrend wie der Refrain eines Liedes. Noch besteht eine grosse Gesprächigkeit, bald aber werden die Vorstellungen so massig und folgen sich so rasch, dass sie nicht mehr wiedergegeben werden können, dann beginnt das Stadium der Hallucinationen und der Extase bei einer grossen Empfindlichkeit der Sinne. Die Gesichtsbilder sind der bizarrsten Art: phantastische Gegenden, ganz neue Orte erscheinen, Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft vermischen sich und der Geist ist glücklich, selbst in der Erinnerung an vergangene Schmerzen. Endlich tritt ein tiefer Schlaf ein, durchwebt von angenehmen Träumen und das Erwachen zeigt nichts von den

unangenehmen Empfindungen nach einem Alkoholrausche. — Die Wirkungen auf die anderen Organe werden sodann kurz angegeben; es wird gesagt, dass es kein Aphrodisiacum sei, dass es das Schmerzgefühl abstumpfe, die Speichelsecretion vermindere, die Hirnsecretion vermehre; ob Veränderungen im Circulationssystem bestehen, darüber laufen die Beobachtungen auseinander, in der locomotorischen Sphäre macht sich Schwäche der unteren Extremitäten bemerkbar, der krampfartigen Contractionen wurde schon oben gedacht; dass es auf das Rückenmark wirke, schliesst Verf. von zwei Hähnen, welche *Moreau* lange mit Hachisch-Präparaten gefüttert hatte und welche partiell paraplegisch waren; der längere Gebrauch macht Verdauungsbeschwerden und icterisch. Vergiftungszufälle führt Verf. mehrere an, von denen einer, obwohl er eine sonst nicht schädliche Dosis des *Extract. Cannabis* genommen, durch häufige Ohnmachtsanfälle dem Tode nahe war, aber durch ein kühles Bad gerettet wurde (!). *Moreau* hält es für unschädlich. In dem sehr kurzen therap. Theil werden einige Fälle citirt, wo bei *tetan. traum.*, *neuralg. facialis* und *chorea* günstige Resultate gesehen wurden, letzteren stehen die Versuche *Moreau's* entgegen, der es in der Psychiatrie auch nur im „délire monomaniaque" in 7 Fällen wirksam gefunden hat, trotz dessen aber der Ueberzeugung ist, dass der Hachisch sich eine hervorragende Stellung in der Therapie erringen werde, mit welchem Citate der Verf. schliesst.

Dr. *v. Gellhorn.*

Etude sur le délire aigu sans lésions. Par *H. Thulié.* Paris, 1865. 124 Seiten.

Nach kurzer historischer Einleitung bezeichnet Verf. als das Thema seiner Abhandlung das Delirium, welches keine deutlichen anatomischen Zeichen zurücklässt, oder dessen nicht entzündliche Residuen an der Leiche nicht genügen, um die schweren Symptome, die dem Tod vorausgingen, zu erklären. Die Delirien mit nachweisbaren anatomischen Läsionen werden zuvor kurz aufgeführt und charakterisirt und nachher — anknüpfend an *Abercrombie's* und *Calmeil's* Beobachtungen — der Begriff des Délire sans lésions als eine auf Circulationsstörungen beruhende Cerebralstörung festgesetzt.

Beschreibung. Meist ist ein Prodromalstadium nachweisbar. Die Krankheit selbst lässt zwei Perioden unterscheiden.

Erste Periode. Grosse motorische Unruhe, so dass Beschränkung oft nöthig wird; ausgedehnte lebhafte Hallucinationen. Das

Delirium ist verworrenen Inhalts, dazwischen Pausen von vollkommener Stille; heftiger blinder Widerstand, so oft der Kranke um Etwas angegangen wird. Das Delirium zeigt keine Associationen — hin und wieder eine herrschende Vorstellung, endigt mit ängstlichem Inhalt. Anfangs appercipirt der Kranke, nachher lässt er sich durch nichts mehr unterbrechen. Am 3. bis 5. Tage Höhepunkt des Deliriums. Das Gedächtniss ist anfangs nicht ganz erloschen, später schwindet es mit dem Bewusstsein. Gegen den 2. oder 3. Tag unaufhörliches Ausspeien. Hartnäckige Nahrungsverweigerung. Die Stimme wird rauh und schwach. Die Augen bekommen einen ungewohnten Glanz. Der Puls klein, wird immer kleiner und rascher bis zu 140 Schlägen (von *Abercrombie* schon hervorgehoben). Die Haut ist blass, trocken; hartnäckige Obstipation. — Dieses Stadium kann 4, 6, 8, selten 12 Tage dauern; oft erliegt der Kranke während desselben.

Zweite Periode. Die Symptome bleiben; Nahrungsverweigerung wird hartnäckiger; Zunge wird trocken, Zähne fuliginös. Das Delirium wird durch comatöse Zustände unterbrochen, kann aber durch jedes Geräusch wieder angefacht werden. Rasche Abmagerung; aus dem Munde fliesst eine schleimig-eitrig gelbe Flüssigkeit; Schleimhäute bluten leicht. Die injicirte *Conjunctiva* secernirt eitrig; die Lippencommissuren, die Augenwinkel ulceriren. Die Schwäche nimmt zu; Puls wird unfühlbar, Obstipation hält an, theilweise gegen Schluss noch Diarrhoe. Der Kranke stirbt marastisch, hin und wieder unter Convulsionen, selten im Coma. — Erfolgt Genesung, so tritt diese unter allmähligem Rückgang der Symptome nach 2 bis 4 Wochen ein; häufig erfolgen Rückfälle, noch häufiger chronische Geisteskrankheit.

Pathologische Anatomie. Einigemal war bei der Autopsie das Hirn gesund; einmal fand sich Entfärbung der grauen Substanz ohne Erweichung bei einem in der 1sten Periode verstorbenen Kranken. Nach vollständigem Verlauf der Krankheit bemerkt mau meistens Injection der *Pia mater*, hin und wieder auch die Marksubstanz mit leichter Ansammlung von Flüssigkeiten, theils in den Ventrikeln, theils zwischen den zarten Häuten. Verf. fasst diese Congestion nicht als eine inflammatorische, sondern als eine durch die der ganzen Erkrankung zu Grunde liegende Ursache bedingte auf. Die letztere sucht er unter dem Abschnitt „Nature“ festzustellen. Er findet sie in einer „anémie aigue“ und stellt als Stütze für das charakteristische Delirium, für das constante Verhalten des Pulses und für die nie fehlende Nahrungsverweigerung die einschlägigen Anologieen aus physiologischen und pathologischen Erfahrungen auf.

Hinsichtlich der Aetiologie weist Verf. nach, dass sein Delirium immer nur im Verlauf einer schon bestehenden Anämie auftritt. Die speciellere Durchführung von Seiten des Verf. bietet keine neuen Gesichtspunkte.

Angeführt sind 10 Krankheitsgeschichten mit Autopsieen. —

Bezüglich der Diagnose sucht Verf. sein délire aigu von der Meningitis durch das Fehlen des Kopfschmerzes, des Erbrechens, der regelmässigen Convulsionen, durch den verschiedenen Charakter des comatösen Zustandes, die Differenz im Pulse, die Seltenheit der Nahrungsverweigerung bei Meningitis zu unterscheiden; gegenüber der *periencephalitis diffusa* hebt er den fehlenden Kopfschmerz, den verschiedenen Charakter des dem Delirium vorausgehende Prodromalstadiums hervor. Von der einfachen Congestion unterscheidet sich das Delirium des Verf. durch den kleinen Puls, durch die Farbe des Gesichts und der Augen. Circumscripte Encephalitis zeigt meist vorausgehende paretische Erscheinungen, Contracturen und Convulsionen; entzündliche Zeichen fehlen nie. Schliesslich weist Verf. noch auf die Nothwendigkeit der jeweiligen Untersuchung der übrigen Organe, mit deren Erkrankung das genannte Delirium auftreten konnte, hin. Durch den ruhigen Charakter des Pulses sucht er die einfache Manie abzugrenzen.

Dauer der Krankheit 7—12 Tage; doch können die Kranken auch bis zu 4 Wochen leben. Die zwei Perioden haben keine feste Grenze; am 3. oder 4. Tage beginnt in der Regel das zweite Stadium.

Ausgänge: hin und wieder Manie, öfter Melancholie; selten Heilung; nach einigen Autoren allgemeine Paralyse.

Prognose ist sehr schwer, besonders im adynamischen Stadium. Wenn die Krankheit über 8 Tage dauert, endigt sie meist tödtlich. Von 5 Kranken starben 3. — Geisteskrankheit oder Recidive folgen meist nach.

Die Therapie verlangt ein tonisirendes Regimen; kurze Bäder von 27—30° 1—2 Mal täglich sind heilsam. Das Opium scheint dem Verf., „weil es Congestionen begünstige", gefährlich, besonders im Anfang der Affection; dagegen möchte er für das zweite Stadium Belladonna empfehlen. Daneben Milchdiät — stündlich Wein — mehrmals im Tage Darreichung kleiner Flüssigkeitsmengen. Dabei ist Isolirung des Kranken für die Behandlung durchaus nothwendig.

Sch.

Mikroskopische Analyse der Anastomosen der Kopfnerven. Von *E. P. E. Bischoff.* München, 1865. 52 Seiten, 53 Tafeln. (Gekrönte Preisschrift.)

An frischen oder Weingeistpräparaten wurden die Nerven, wo nöthig durch Meisseln etc., blossgelegt und herausgearbeitet, auf gefärbten Wachstafeln oder Objectgläsern ausgebreitet und nach Aufträufeln mässig starker Essigsäure, die die Gefässe und das Bindegewebe durchsichtig machte, die weissbleibenden Nervenfasern mit der Loupe (3 bis 12mal. Vergr.), resp. dem Mikroskop (bis 50mal. Vergr.) untersucht und mittelst des *Dujardin*'schen Prisma's nachgezeichnet. Unter Nervenanastomose wird entweder eine veränderte Association der Nervenfasern von verschiedenen Nerven aus verstanden, oder eine Verbindung verschiedener Nerven durch ein Ganglion (Ganglienzellen). Die „rückläufigen Anastomosen", „Nerven ohne Ende" (*Volkmann*, *Hirtl*), bei denen Nervenröhren von einem Nerven zu einem anderen übertreten und in diesem wieder zu einem Centrum zurückkehren, ohne sich peripherisch verbreitet zu haben, glaubt Verf. bezweifeln zu müssen. Zwischen den drei höheren Sinnesnerven und irgend einem anderen Nerven bestehen keine Anastomosen; auch die zwischen *acusticus* und *facialis* durch die *port. interm.* ist nur eine scheinbare. Auch die drei augenbewegenden Nerven gehen mit keinem anderen Hirnnerven eine Anastomose ein, mit Ausnahme des *trochlearis*, welcher häufig ein Fädchen vom *r. ophthalmicus* des *trigeminus* aufnimmt.

Die *chorda tympani* ist ihrem stärksten Theile nach ein Ast des *facialis*; ihre meisten Fasern kommen aus dem Centraltheile dieses Nerven. Aus dem *gangl. otic.* gehen sowohl peripherisch als central verlaufende Fasern in sie über; ihre Verbindungen mit vielen Fasern des *lingualis* lassen höchstens nur mit Wahrscheinlichkeit sagen, dass von ihr Wurzelfäden in das *gangl. linguale* eintreten. Der *r. auricularis n. vagi* kann ganz fehlen. Meist entspringt er vom *vagus* und *glossopharyngeus*; mit dem *facialis* wechselt er gegenseitig Fädchen. Die Anastomosen zwischen dem *facialis* und *r. tempor. superfic. r. III. n. v.*, sowie die zwischen *infraorbitalis* und *mentalis* und den Aesten des *v.* enthalten nur peripherisch sich an die Aeste des *facialis* anlegende Fasern. Die *Jacobson*'sche Anastomose ist ein *plexus* zwischen dem *gangl. otic.*, dem *gangl. petros.* und dem *plex. carot. internus*, aus welchem auch Fasern peripherisch in den *glossopharyngeus* übergehen. Die aus diesem Geflecht zur *tuba Eustachii* gehenden Nerven stammen sowohl vom *tympanicus* als *petros. superfic. minor*, als auch vom *sympathicus*.

An dem zur *fenestra ovalis* gehenden Fädchen findet sich fast regelmässig ein kleines mikroskopisches *ganglion*. Mit *Bock* sagt der Verf., dass die sogenannte Anastomose zwischen dem *petr. superfic. minor* und dem *gangl. geniculi facialis* durch eine kleine Arterie gebildet wird. Die hinteren Wurzelfäden der ersten Halsnerven sind nicht streng von dem *n. accessorius* geschieden. Der *n. accessorius* hängt im *foramen jugulare* mit dem *vagus* und seinem *gangl. jugulare* zusammen. Die Anastomose zwischen dem *accessorius* und dem dritten Cervicalnerven enthält möglicherweise eine Anastomose ohne Ende. Die Verbindung zwischen *hypoglossus* und dem ersten Halsnerven ist entweder durch einen sympathischen Faden hervorgebracht, oder es findet sich scheinbar eine centrale Anastomose ohne Ende. Die gewöhnlich angegebene Anastomose vom *hypoglossus* zum *vagus* ist nur eine scheinbare; einige feine Verbindungen zwischen beiden gehen meist vom *vagus* zum *hypoglossus*. In der *ansa* zwischen dem *r. descendens* des *hypoglossus* und des 2. und 3. Halsnerven befinden sich Fasern, welche von der Abgangsstelle des *r. descend.* in dem *hypoglossus* peripherisch weiter gehen, also von den Halsnerven abstammen. Ob diese *ansa* auch noch Fasern enthält, welche von der Abgangsstelle des *r. desc.* central in dem *hypoglossus* verlaufen, also eine Schlinge ohne Ende darstellen, blieb auch hier zweifelhaft. Die Verbindung zwischen einem Aste des *hypoglossus* und einem Aste des *lingualis* in der Nähe der Zunge ist in der Regel nur eine Aneinanderlagerung der Fasern beider Aeste zu peripherischem Verlauf. Durch die beigefügten Abbildungen werden diese Resultate in grosser Deutlichkeit und Verständlichkeit erläutert resp. erwiesen. *Kpp.*

L. Barkow, Erläuterungen zur Skelet- und Gehirnlehre oder comparative Morphologie des Menschen und der menschenähnlichen Thiere. 3. Theil. Mit 26 lith. Tafeln. Breslau, 1865.

Das vorliegende Werk ist ein Muster deutschen Fleisses und ehrenwerther Verlagsthätigkeit. Die mehrsten der 26 sauber ausgeführten und vom Verf. selbst auf's Genaueste durchgeführten Tafeln sind osteologische, beziehen sich auf den Schädel, enthalten das Skelet eines Negers im Ganzen, daneben die einzelnen Theile des Gehirnes, namentlich dessen Windungen. Der grösste Theil des Textes bezieht sich auf die letzteren. Verf. tritt der Ansicht entgegen, dass die sogenannten Centralwindungen (*sulci Rolando*) Centra für die anderen Win-

dungen der Hemisphären seien, sie seien es nicht einmal für die Scheitellappen, an denen sie sich befinden. Verf. theilt die Ansicht derer, welche annehmen, dass die Gehirnwindungen nicht allein als zusammenhängendes Ganze wirken, sondern dass ihre Abtheilungen besondere Verrichtungen ausüben, wie dies von den peripherischen Theilen des Nervensystems und von manchen Theilen des Centralorganes bekannt ist. Von den verschiedenen Graden der Entwicklung derselben werden die Modificationen der intellectuellen Befähigung im Ganzen und im Einzelnen bedingt. Merkwürdig genug sind nach Verf. nähere Untersuchungen über das Negergehirn sehr sparsam geblieben, die Untersuchung des Negergehirnes von *Tiedemann* ist bis jetzt die einzige, welche auf wissenschaftlichen Werth Anspruch macht, ja selbst *Morton* hat in seinem grossen Werke über *Crania Americana* den phantasiereichen Aufsatz des Phrenologen *G. Combe* darüber aufgenommen. Nicht die Aehnlichkeit, sondern gerade die Verschiedenheit mit dem Gehirn der Säugethiere ist nachzuweisen. Es werden beim Neger wie bei der arbeitenden Volksklasse in Europa alle geringeren Grade der Ausbildung der Gehirnwindungen gefunden. Verf. hatte Gelegenheit, 3 in Breslau verstorbene Neger 1862, 1863 und 1865 zu seciren. Daraus weist Verf. nun mehrere Irrthümer *Huschke's* nach. Der Letztere hatte in Betreff des Gehirngewichtes gesagt: „Zu unterst stehen die Neger und die Bewohner Ostindiens. Unter jenen kommen die Beispiele des kleinsten Gehirnes vor, die man kennt.“ *Huschke* selbst hat aber gar kein Negergehirn untersucht. Seine Behauptung stützt sich nur auf eine sehr kurze und unvollständige Notiz *Morgagni's*. *Barkow* zeigt nun, dass unter den Negern wie Europäern die auffallendsten Verschiedenheiten in Betreff ihres Gehirngewichtes sich finden, ja das Gehirn des einen Negers wog 48 ℥ 2 ʒ wie bei schwereren Gehirnen des germanischen Stammes. Die Gehirne Aller lieferten aber den unzweifelhaften Beweis, dass weder in Beziehung auf den Verlauf der Rinnen, noch auf Anordnung und Zahl der Lappen, Läppchen, Züge und Windungen, der oberflächlichen wie der tiefen, irgend eine wesentliche Verschiedenheit vorkommt, in der sie vom Europäer abweichen. Es befindet sich keine Kluft zwischen dem Schädelhöhlenraume des gesunden vollkommen ausgebildeten Europäers und des Negers, wohl aber zwischen dem des Negers wie Europäers — und dem der pseudanthropomorphen Affen. Das Gehirn des erwachsenen *Simia satyrus* entspricht in Betreff seines Umfanges wie der Raum seiner Schädelhöhle etwa dem eines neugeborenen Menschen. Bei *Simia troglodytes adulta* kommt er etwa dem eines 2- bis 3 monatlichen Kindes gleich.

Die Genauigkeit und Häufigkeit, mit welcher Verf. die Messungen der äusseren Oberfläche des Gehirnes vornahm und aufzeichnete, rechtfertigt er damit, dass, so lange die Physiologie dieser Theile noch so mangelhaft, die anatomische Untersuchung um so nothwendiger sei. *L.*

Otto Deiters, Untersuchungen über Gehirn und Rückenmark des Menschen und der Säugethiere. Braunschweig (bei Vieweg und Sohn), 1865.

Das Werk ist ein nach dem Tode des Verf. von *Max Schultze* herausgegebenes und bevorwortetes Werk, das bei den grossen Vorzügen und der Menge neuer Gesichtspunkte und Aufschlüsse, welche es bringt, um so mehr den Mangel fühlen lässt, dass es unvollendet geblieben. Das Werk war auf siebzehn Kapitel angelegt. Von diesen fanden sich aber im Manuscript nur dreizehn mehr oder weniger vollständig ausgearbeitet vor, die vier letzten Kapitel, welche nach den Ueberschriften „die allgemeine Organisation des *pons*", „die *pedunculi cerebri*, die *corpora quadrigemina* und der *aquaeductus Sylvii*", „die Faserung am Ende des *bulbus rhachidicus*" und „das kleine Gehirn" behandeln sollten, waren nur in der Ueberschrift oder in einigen einleitenden Sätzen vorhanden und sind deshalb beim Druck des Werkes weggelassen. Das Werk sollte ein Atlas von mindestens 12 Tafeln in Fol. begleiten, 5 jedoch konnten nur beigegeben werden und auch diese sind in den einzelnen Figuren nicht ganz ausgeführt vorgefunden worden. Nachdem sich *Deiters* über die Natur der Bindesubstanz in den Centralorganen ergangen und dieselben weder für absolut nervös noch für bindegewebig erklärt hat, sondern sie für ein differencirtes Protoplasma, aus dem sich auch die nervösen Elemente herausgebildet haben, angesehen wissen will, zeigt er, dass auch die Kerngebilde der Bindesubstanz durchaus nicht den bestimmten Charakter tragen, welchen man diesen bisher beigelegt hat, sondern dass eine grosse Anzahl derselben zu nervösen Elementen und nur verhältnissmässig wenige zu den bindegewebigen gezählt werden dürfen. Nervös sind alle jene Kerne nach *Deiters*, welche ein mehr oder weniger massiges Protoplasma haben; als bindegewebig gelten ihm nur die unregelmässigen, von keinem oder nur sehr geringem Protoplasma umgebenen Gebilde. Sodann wendet er sich zur centralen Ganglienzelle, welche er als eine hüllenlose Protoplasmamasse darstellt, und zeigt, wie der von *R. Wagner* für die Zellen des elektrischen Gehirnlappens von *Tor-*

pedo nur angedeutete, von *Remak* genauer bestimmten Satz, dass unter den vielen Ausläufern einer Ganglienzelle nur immer einer zum Axencylinder einer peripherischen markhaltigen Nervenfaser werde, eine durchgreifende Geltung habe. *Deiters* nennt diese Ausläufer den Axencylinderfortsatz und giebt an, dass er von den anderen sich dadurch unterscheide, dass er einmal verästelt, aber immer rigider und stärker lichtbrechend erscheine. Die übrigen Ausläufer dagegen besässen immer die körnige Consistenz des Zellenprotoplasmas, häufig auch das Pigment derselben, zeigten oft ein gestreiftes Aussehen, vertheilten sich stets dichotom und endigten in unbekannter Weise. Er schlägt vor, sie Protoplasmafortsätze zu nennen. Wie des Zellenprotoplasma dem Axencylinderfortsatz zum Ursprunge dient, so kann auch das der obengenannten Fortsätze neuen Axencylindern zum Boden werden. Diese sind aber immer sehr fein, schwierig zu sehen und noch schwieriger zu präpariren. Ihnen gegenüber nennt *Deiters* den aus der Zelle entsprossenen den Hauptaxencylinderfortsatz. Uebrigens sind diese feinen Fädchen schon vor *Deiters* von *Kölliker* beobachtet worden, allerdings aber anders gedeutet worden. Eine unzweifelhafte Anastomose der verschiedenen Fortsätze will *Deiters* nie gesehen haben und schliesst sich derselbe in diesem Punkte durchaus *Kölliker* an. Doch läugnet er nicht die Möglichkeit solcher Verbindungen, nur dürften sie immer vereinzelt und als Ausnahme gefunden werden. Nach Besprechung der centralen Nervenprimitivfaser, bei der *Deiters* die *Schwann*'sche Scheide ebenso wenig, wie die meisten anderen Forscher gesehen zu haben angiebt, und von denen er es möglich hält, dass mehrere sich zu einer stärkeren Faser sammeln können, da Theilungen der Fasern zu beobachten sind (S. 110), wendet er sich zu Bemerkungen über die Organisation des Rückenmarks, um durch glücklich gewählte Beweise darzuthun, dass in der *medulla oblongata* und ihren Fortsetzungen in das Gehirn, sowie in den aus ihnen hervorgehenden Nerven durchaus das Gesetz des Rückenmarkbaues und der Rückenmarksnerven Geltung hat. *Deiters* nimmt statt der sogenannten Nervenkerne der *medulla* neben dem vorderen und hinteren Ursprungssystem der Medullarnerven noch ein seitliches an, das zwischen jenen beiden liegt, durch eine Verdrängung der grauen Masse der Vorder- und Hinterhörner durch hindurchtretende Nervenfasern gebildet wird und gemischte Nerven hervorgehen lässt. Solche Nerven sind der *accessorius*, der *vagus* und *glossopharyngeus*. Aber auch *facialis*, *acusticus* und die vordere Wurzel des *trigeminus* entspringen aus diesem System, indessen für sie hat sich dasselbe schon wieder in eine sensible und motorische Partie getrennt. Die hintere

Wurzel des *trigeminus* dagegen entspringt allein dem hinteren Ursprungssystem. Aus dem vorderen Ursprungssystem gehen der *hypoglossus*, der *abducens*, *trochlearis* und *oculomotorius* hervor. Was das Nähere der einzelnen Nerven anlangt, so erfahren wir da nur sehr wenig und fast allein durch hie und da eingestreute Bemerkungen. So z. B., dass der *vagus* auch eine motorische Wurzel habe, dass der *facialis* nicht neben dem *abducens*, sondern nahe der motorischen Wurzel des *trigeminus* entspringt, dass sein Stamm eine knieförmige Umbiegung an der *eminentia teres* im 4. Ventrikel mache, und dass die grossen Zellen, welche man bisher als die Ursprungszellen des *acusticus* betrachtet habe, zu diesem Nerven in gar keinem Verhältnisse stehen. Neben diesen ganz neuen Aufschlüssen wird bestätigt die Entdeckung von *Clarke*, dass, wie bei Thieren, sich auch beim Menschen sogenannte obere Oliven finden, und dass die Seitenstränge des Rückenmarks bei ihrem Verlauf durch die *medulla* einen geraden Kern einschliessen, den *Schultze Deiter*schen Kern zu nennen vorschlägt, der aber schon von *Stilling* und *Kölliker* beobachtet worden ist, dass die Pyramiden keine directe Fortsetzung von Rückenmarkssträngen sind, sondern aus Fasern der Ganglienzellen der *formatio reticularis*, einer zierlichen Netzbildung im *tractus intermedio-lateralis* von *Clarke*, hervorgehen, welche wiederum mit den Seiten- und Hintersträngen in Verbindung stehen. Kurz, *Deiters* giebt eine ganze Reihe neuer Thatsachen, bestätigt eine Anzahl difficiler Beobachtungen anderer Autoren und eröffnet durch geistreiche Verwerthung älterer so viel neue Gesichtspunkte, dass die mit jedem Kapitel zahlreicher werdenden Lücken, welche gegen das Ende des Buches vollständig überhandgenommen haben, um so mehr fühlen lassen, wie viel mit dem Vf. verloren gegangen ist.

Arndt.

Statistik der Heil- und Pflege-Anstalt Illenau. In einem Anhang: Statistik der früheren Irren- und Siechen-Anstalten zu Heidelberg und Pforzheim, der jetzigen Heil- und Pflege-Anstalt zu Pforzheim, der Geisteskranken ausserhalb der Anstalten. Bearbeitet von der Direction der Heil- und Pflege-Anstalt Illenau und dem statist. Bureau des Handels-Ministeriums. Carlsruhe (Müller), 1866.

Von Zeit zu Zeit erscheinen Werke, deren Zustandekommen

nur durch das Zusammentreffen sehr verschiedenartiger glücklicher Umstände möglich ist, sich bei der ersten Anlage selbst oft gar nicht voraussehen lässt. Zu ihnen gehört das vorliegende. Wenn man die darin aufgespeicherten Zahlen durchliest, von denen einzelne wieder mühsame Arbeiten voraussetzen, so muss man unwillkürlich den Fleiss bewundern und sich fragen, ob das Resultat ihn rechtfertigt. Man gelangt zu einer Antwort, wenn man die Durchsicht vollendet hat. Nicht jede Anstalt hat eine so lange und durch gleiche Blüthe gesegnete Thätigkeit hinter sich, nicht in jeder ist die Anlage der Zählung in so eiserner Consequenz durchgeführt worden, nicht jede hat den Vorzug, der psychiatrische Mittelpunkt eines ganzen Staates zu sein und mit Vorliebe von ihm gepflegt zu werden, nicht jede hat zur Mithülfe solche Kräfte wie ihr Vorstand, dem in der ersteren Zeit ein wissenschaftlich durchgebildeter, gereifter und nur durch sein Befinden einer anderen amtlichen Thätigkeit entzogener Bruder und später der Vorstand des statistischen Staats-Bureaus hierin zur Seite stand, nicht jede Anstalt hat eine so auch ausserhalb gekannte Wirksamkeit und einen nach innen für fremde Aerzte so durchsichtigen Organismus, um sich des Vertrauens auf die Zahlen in ähnlicher Weise zu erfreuen. Es fällt unter solchen Umständen nicht in die Wagschale, dass, wenn die Notirungen später begonnen hätten, andere Fragen ebenfalls zur Lösung gekommen wären. Die Zahlen sind gross genug, um zu Schlüssen zu führen, die mit Vorsicht gezogen wurden.

Wir theilen eine Anzahl Ergebnisse mit, wie sie gerade dem Ref. bei Durchsicht von Interesse gewesen sind und manchem Leser willkommen sein mögen. Wer speciell das Studium der Irrenstatistik sich zum Beruf gemacht hat, wird ohnehin nicht umhin können, sich specieller mit dem Buche vertraut zu machen.

Dasselbe enthält die Statistik der Heil- und Pflege-Anstalt Illenau im Zeitraume von 20¼ Jahr, vom 1. Oct. 1842 bis 31. Decbr. 1862. Ursprünglich bestand für das Grossherzogthum seit 1804 eine vereinigte Irren- und Siechen-Anstalt zu Pforzheim. 1826 ward die erste nach Heidelberg verlegt, die andere blieb in Pforzheim, wo 3 Jahre später neben ihr eine Filial-Irrenanstalt entstand. In das 1837 begonnene, 1842 vollendete Illenau — genannt nach dem vorbeifliessenden Illenbach — wurde die Heidelberger Anstalt verlegt nebst einem Theile der Pforzheimer Filial-Irrenanstalt, deren anderer Theil aber mit der dortigen Siechenanstalt vereinigt, welche 1854 auch den Namen Heil- und Pflege-Anstalt erhielt. In Illenau wurden aufgenommen: 4,377 (2,286 Männer, 2,091 W.), die grösste Zahl 1862: 328 (174 M., 154 W.), es genasen 1,570 (831 M., 739 W.),

geb. entl. 1,000 (513 M., 487 W.), ungeb. entl. 767 (404 M., 363 W.), davon nach Pforzheim 572 (291 M., 281 W.), es starben 597 (344 M., 253 W.), im Ganzen entl. 3,934 (2,092 M., 1,842 W.), daher blieb Bestand 443 (194 M., 249 W.). An Formen zeigten die Aufgenommenen zur Zeit der Aufnahme: Tobsucht bei 1,200 (746 M., 454 W.), Melancholie bei 1,099 (397 M., 702 W.), Wahnsinn bei 821 (484 M., 337 W), Verrücktheit bei 605 (220 M., 385 W.), Blödsinn bei 652 (439 M., 213 W.). Darunter waren Wiederaufgenommene 729 (425 M., 304 W.) und zwar früher entlassen als genesen 464 (264 M., 200 W.), als gebessert 233 (143 M., 90 W.), als ungebessert 32 (18 M., 14 W.). Unter den 3,934 Abgegangenen (durch Genesung 1,570, durch Besserung 1,000, ungebessert 767, durch Tod 597) geschah dies innerhalb der ersten 3 Monate des Aufenthaltes bei 340 durch Genesung, bei 93 durch Besserung, ungebessert 57, durch den Tod bei 134, innerhalb des ersten Jahres überhaupt bei 1,251 durch Genesung, bei 417 durch Besserung, ungebessert 214, durch den Tod bei 288. Bei den Aufgenommenen bestand die Seelenstörung über 10 Jahr bei 225 (100 M., 125 W.). Die Kurerfolge waren im Ganzen: genesen 42,6, gebessert 22,0, ungebessert 19,5, gestorben 15,9, darunter bei der zweimonatlichen Dauer der Seelenstörung vor der Aufnahme genesen 63,7, geb. 15,6, ungeb. 10,0, gestorben 10,7. Es genasen bei einer Dauer der Krankheit unter 1 Jahr in der Tobsucht 63,4 M., 54,7 W., über 1 Jahr 9,8 M., 12,5 W., in der Melancholie im 1. Jahr 45,3 M., 43,6 W., nach dem 1. J. 10,1 M., 12,4 W., im Wahnsinn im 1. J. 13,9 M., 23,3 W., nach dem 1. J. 11,4 M., 11,1 W., in Verrücktheit im 1. J. 5,3 M., 6,7 W., nach dem 1. J. 1,5 M., 1,8 W., im Blödsinn im 1. J. 22 M., 9,2 W., nach dem ersten 0,4 M., 3,9 W., im Ganzen also im 1. J. 32,4 M., 31,2 W., nach dem 1. J. 7,3 M., 8,9 W. — Von den Aufgenommenen standen 214 im Alter von 14—20 J., 1,130 zwischen 20 und 30, 1,301 zw. 30 und 40, 1,017 zw. 40 und 50, 501 zw. 50 und 60, 178 zw. 60 und 70, 36 zw. 70 und mehr; durchschnittlich eine jährliche Aufnahme auf 5,230 Einwohner. — Von 100 Aufgenommenen genasen 39,7 M., 40,1 W., und starben 16,5 M. und 13,7 W. — 1 Kranker kam auf 7,900 Katholiken, 6,750 Evangelische und 4,440 Israeliten. — Jährlich kam eine 1. Aufnahme auf 600 Bewohner der Städte und auf 10,512 des Landes. — Von Achern sind 111 Kranke aufgenommen (45 M., 66 W.). — Als Ursachen werden angeführt: moralische bei 1,819 M. und 2,262 W., physische bei 2,092 M. und 2,990 W., darunter Erblichkeit bei 640 M. und angeborene Schwäche bei 134, bei Frauen jenes mit 662, dieses mit 100; Menstruationsstörungen bei 613 Fr., Trunksucht bei 306 M. und 56

W. — Bei der ersten Aufnahme hatten Hallucinationen eines Sinnes 343 M. und zwar des Gehörs 247, des Gesichts 49, des Geruchs 2, des Geschmacks 4, des Getastes 41, bei 590 W. des Gehörs 572, des Gesichts 7, des Geschmacks 4, des Getastes 7, zusammen 933. An Hallucinationen zweier Sinne litten 265 M. und 443 W., dreier Sinne 98 M., 182 W., von 4 Sinnen 24 M., 65 W., von 5 Sinnen 76 M. und 140 W., daher im Ganzen 806 M. und 1,420 W. Paralytische Männer waren 276. — Letzte Krankheiten der 597 (344 M., 253 W.) Gestorbenen waren hauptsächlich: Marasmus bei 13 M. und 30 W., Pyämie bei 2 M. und 3 W., Typhus bei 6 M. und 16 W., *paral. gener. progr.* bei 162 M. und 43 W., *apopl. cerebri* bei 16 M. und 9 W., Pneumonie bei 35 M. und 29 W., Tuberculose bei 43 M. und 68 W., *gangraena pulmonum* bei 8 M. und 5 W., *carcinoma* bei 4 M. und 6 W., *suicidium* bei 10 M. und 6 W. — Als Anhang folgen: 1) Tabellen der früheren Irren- und Siechenanstalten zu Heidelberg und Pforzheim. Darnach wurden in Heidelberg von 1826 bis 1842 durchschnittlich jährlich verpflegt 264,9, es genasen 10,7 (6,3 M., 4,4 W.), gebessert 4,7, ungebessert 6,5, es starben 15,4 (9,1 M. 6,0 W.). Im Filiale Pforzheim wurden von 1829 bis 1842 verpflegt durchschnittlich 142,4 (78,8 M., 63,6 W.), genasen 3,2, gebessert 0,4, ungebessert 0,6, es starben 10,0 (7,4 M. und 2,6 W.). — 2) In Pforzheim war Anf. 1862 Bestand 385 Irre (195 M., 190 W.), aufgenommen 63 (35 M., 28 W.), es genasen 7 (5 M., 2 W.), gebessert entl. 12 (6 M., 6 W.), ungebessert 3 M., es starben 36 (21 M., 15 W.), Bestand blieb 390 (195 M., 195 W.). Epileptische waren Anf. 1862: 92 (54 M., 38 W.), hinzu kamen 15 (11 M., 4 W.), gebessert entl. 2 (1 M., 1 W.), gest. 17 (10 M., 7 W.), es blieben 88 (54 M., 34 W.). Ausserdem äusserlich Kranke 20 (11 M., 9 W.). — 3) Tabellen der 1863 ausserhalb der Anstalten befindlichen Irren und Epileptiker 3,498 (1,701 M. und 1,797 W.), verheirathet 153 M., 255 W., ledig 1,548 M.. 1,542 W., unehelich 215, ehelich 3,283, unter 20 J. 283 und über 20 J. 3,215; betreffs der Religion 2,337 Kath., 1,087 Evang., 6 Dissidenten, 68 Israeliten; betreffs der Form 1,122 Irre, 230 Epil., 1,696 von Geburt Blödsinnige, 450 Cretins, mit Erblichkeit 353, im Spitale 308. In und ausser den Anstalten kommt 1 Irrer auf 720 Einwohner, 1 von Geburt an Blödsinniger auf 640, daher ein Kranker auf 310 Einwohner. *L.*

St. Hans Hospital og *Claudi Rosset's* Stiftelse. Et Mindesskrift udgivet 1866 ved Kjobenhavns Magistrates Foranstaltning af *C. A. Gäd.* Kjobenhavn (Thiele's Bogtykkeri). 52 S.

Die Schrift ist zur Erinnerung des 50jährigen Bestehens von Bistrupgaard abgefasst und zerfällt in 6 Abschnitte, denen 9 Tafeln mit Situations- und Grundplänen der Anstalt und deren Zubehörungen angeschlossen sind.

Abschnitt I. und II. geben geschichtliche Data über den ersten Ursprung und die Wirksamkeit des St. Hans Hospital bis zum Jahre 1816.

Der Name St. Hans wird von den Johanniterbrüdern abgeleitet und ist das Hospital aus einem in unmittelbarer Nähe von Kopenhagen belegenen, als *domus leprosorum* benutzten Krankenhause hervorgegangen — anfänglich bei ansteckenden Krankheiten und in Kriegsfällen für Verwundete benutzt. — Im Jahre 1632 liess König *Christian IV.* die ersten Tobzellen in dem Hospitale einrichten und zwar 30 an der Zahl, die erste öffentliche Fürsorge für Geisteskranke in Dänemark. — Weil im Jahre 1766 *Claudi Rosset* sein ganzes Vermögen von über 30,000 Thlrn. preussisch dem Hospitale geschenkt, wurde dasselbe von dieser Zeit an mit nach ihm benannt. Wenige Jahre später wurde vom Armenwesen Kopenhagens, der ungesunden Lage wegen, ein anderes früher als Kriegshospital benutztes Haus um einen ansehnlichen Preis gekauft und hierin liegt der Grund, dass bis zur Stunde die directionelle Oberleitung von Bistrupgaard in den Händen der Kopenhagener Commune liegt, welche stets übel angebrachte Sparsamkeitsrücksichten zum Nachtheil für die Kranken gar zu sehr hat walten lassen. Erwiesener Maassen haben die Kranken gegen Ende des vorigen Jahrhunderts durch Kälte, Hunger, schlechte Bekleidung und namentlich durch die Ueberfüllung ungemein zu leiden gehabt, so dass eine im Jahre 1794 auf Königlichen Befehl zusammengetretene Commission einen Neu- resp. Umbau des baufälligen Hospitals an der alten Stelle dringend befürwortete.

Es wäre wohl dieser Umbau vor sich gegangen, wenn nicht bei der Belagerung der Engländer 1807 das ganze Gebäude zusammengeschossen wäre und man darauf nicht den glücklichen Plan gefasst hätte, für die Geisteskranken und Siechen auf dem Lande einen Besitz zu kaufen, um solche Nothstände für die Zukunft zu verhüten. Die Wahl der Kopenhagener Commune fiel auf Bistrupgaard, ½ Meile westlich von Rothschild in einer sehr anmuthigen

und historisch berühmten Gegend nahe der Ostsee belegen, welches im Jahre 1661 von *Friedrich III.* der Stadt Kopenhagen geschenkt und seit jener Zeit fast ausschliesslich in deren Besitz geblieben war.

Hier wurden 2 Gebäude, das eine, ein altes Landhaus, mit Verwalterwohnung für die Aufnahme von Siechen, das andere ein kürzlich erbautes Wohnhaus, das sog. Schloss, durch Um- resp. Anbauten für Geisteskranke eingerichtet, allein erst im Jahre 1816 konnten die letzten Kranken von Kopenhagen nach Bistrupgaard versetzt und somit die eigentliche Wirksamkeit der ersten Irrenanstalt Dänemarks eröffnet werden unter der ärztlichen Leitung von *Joh. Henrick Seidelin.*

Abschnitt III. und IV. geben einen Ueberblick über die allmählige Erweiterung von Bistrupgaard und die Krankenbewegung der Anstalt in den Jahren 1816—1866.

Das ursprünglich als Siechenhaus eingerichtete Gebäude hatte in den ersten Jahren unter seinen Insassen ca. $\frac{1}{3}$ unheilbare Geisteskranke, blieb aber stets, obgleich es im Laufe der Zeit wegen der Ueberfüllung des sog. Schlosses mehr und mehr mit Geisteskranken belegt wurde, bis zum Jahre 1860 unter alleiniger, verantwortlicher Leitung eines Inspectors, welcher nur in Ausnahmefällen, besonders beim Auftreten körperlicher Krankheiten, den Arzt herbeirief.

Das sogenannte Schloss ist bis zum Jahre 1860 die eigentliche Heilanstalt gewesen, hat aber von Anfang an mit grossen Mängeln zu kämpfen gehabt, weil die Armencommune Kopenhagens allzusehr Sparsamkeitsrücksichten walten liess. Es wurden die Zellen in dem östlichen, neugebauten Flügel mit mächtigen Schlössern, Riegeln, Eisengittern, die man aus dem alten städtischen Krankenhause herbeiholte, versehen, dieselben waren spärlich durch Oberlicht erhellt und war die ganze Einrichtung des Hauses derartig, dass keine Classification der Kranken, ja nicht einmal Trennung der Geschlechter, möglich war. Volle 18 Jahre vergingen, bis die beiden nach dem ursprünglichen Plane neu zu bauenden Flügel vollendet wurden, indem erst 1826 der westliche Flügel für Frauen bezogen wurde, durch welche Vergrösserung wohl einige Missstände abgestellt wurden, jedoch immer nur auf kurze Zeit, da bald wieder die Ueberfüllung die früheren Uebelstände hervortreten liess.

In administrativer Hinsicht lag auf Bistrupgaard in den ersten Jahren des Bestehens sehr Vieles im Argen; das Armenwesen hatte den Arzt und den Inspector vollkommen coordinirt und ohne bestimmte Instructionen angestellt, so dass fast täglich sich erneuernde innere Streitigkeiten die unausbleibliche Folge waren, da bekanntlich die Grenze zwischen ärztlichen und ökonomischen Gebieten in

der Irrenanstalt sehr schwer, ja unmöglich zu ziehen ist und der Inspector sich durch übergrosse Sparsamkeit die Gunst seiner Vorgesetzten zu erwerben strebte. — Obwohl communaler Beamter hatte der Arzt doch eine königliche Bestallung und reichte er als solcher eine Klage bei der Königlichen Regierung ein, wodurch allerdings einige schreiende Uebelstände abgestellt wurden, er sich so aber zugleich der Direction noch missliebiger machte. Gegen seinen ausdrücklichen Wunsch setzte diese einen Reservearzt und einen Candidaten beim Hospital an, welche beide nun im Verein mit dem Inspector und den übrigen Angestellten eine noch festere Phalanx gegen den Oberarzt bildeten und dessen Wirksamkeit in allen Richtungen zu lähmen suchten.

Die ärztliche Behandlung der Geisteskranken war im Geiste der damaligen Zeit eine mehr strenge, strafende. — *Seidelin* war ein entschiedener Anhänger der Ansicht, dass die psychische Krankheit ein moralisches Uebel sei und in Folge dessen oft mit Entziehung der Nahrung, körperlicher Beschränkung, ja Züchtigung geahndet werden müsse. Es drangen vielerlei Klagen über grausame Behandlung auf Bistrupgaard in die Oeffentlichkeit, so dass im Jahre 1830 eine Commission ernannt wurde, „um die Beschwerden zu untersuchen und zugleich Vorschläge zu machen zu einer derartigen Erweiterung der Irrenanstalt, dass dieselbe für das ganze Reich ausreichen könne."

Das Resultat dieser Nachforschungen war, dass der erste Arzt in Gnaden verabschiedet wurde, weniger wegen seiner streng disciplinarischen Behandlungsweise, als weil er mit allen seinen Untergebenen auf einem sehr feindseligen Fusse stand, so dass ein freudiges Zusammenwirken absolut unmöglich war. — Der Nachfolger war Dr. *A. Goericke*, ein Mann, der 31 Jahre hindurch vollkommen im Geiste der Neuzeit, die Geisteskrankheiten als eine Folge körperlicher Anomalieen, besonders des Hirns und seiner Hüllen zu betrachten, gewirkt hat; welche Milde und Humanität, im Gegensatz zum Vorgänger, seine Gegner oft als Schwäche mit grossem Unrecht bezeichnen wollen.

Die 2te Aufgabe, Vorschläge zur Umwandlung von Bistrupgaard in eine Staatsanstalt zu machen, erwies sich für die Commission als unmöglich zu lösen, weil eben die Anstalt mit der Kopenhagener Armencommune unauflöslich verbunden war, welches Verhältniss schon so oft recht grosse Nachtheile für die Anstalt mit sich gebracht hatte und bringen musste; es kann bei der zusammengesetzten Armenvertretung einer grossen Stadt weder das Interesse für eine

zeitgemäss einzurichtende Irrenheilanstalt noch auch das Verständniss für dieselbe vorausgesetzt werden.

Erst im Jahre 1851 entschloss sich das Armenwesen, um der alle Grenzen übersteigenden Ueberfüllung der beiden Anstaltsgebäude abzuhelfen, eine neue, nach jetzigen Grundsätzen einzurichtende Heilanstalt für 120 Kranke zu erbauen und zugleich die Oberleitung der neuen Anstalt einer besonderen communalen Commission zu übergeben, um so den störenden Einfluss der eigentlichen Armenverwaltung für die Zukunft aufzuheben. — Nach einem Plane des Bauinspectors *Bindesböll* wurde das neue „Kurhaus" in den Jahren 1854 bis 1859 erbaut und im Juli 1860 bezogen. Diese neue Heilanstalt, ein Hauptgebäude mit zwei Seitenflügeln, kann sich in ihrem hübschen harmonischen Aeussern und der zweckmässigen Benutzung ihrer inneren Räume vollkommen mit den besten Anstalten der Neuzeit messen und gereicht für alle Zeiten der Kopenhagener Commune zur Zierde.

Da dieser Neubau jedoch schon eine Summe von reichlich 300,000 Thlrn. preuss. erforderte, wurden die beiden älteren Gebäude so einfach wie möglich in Pflegeanstalten verändert und bilden seit jener Zeit die 1ste und 2te Abtheilung derselben.

Im Sommer 1865 erhielt Bistrupgaard seine Dampfwäsche, wodurch einem lange gefühlten, dringenden Bedürfnisse abgeholfen wurde. —

Ueber die Krankenbewegung in Bistrupgaard liegen drei Listen vor:

Die 1ste, das Siechenhaus betreffend, in welchem anfänglich von 175 Insassen nur 64 Geisteskranke, also reichlich 30 pCt., später jedoch 90 pCt., weist eine sehr starke Ueberfüllung nach, indem die Krankenzahl in 45 Jahren von 144 auf 265 gestiegen, ohne dass neue Räumlichkeiten geschaffen wären. — Trotz dieser grossen Ueberfüllung ist die Procentzahl der Todten nicht über 5,53 pCt. der jährlich Verpflegten gestiegen.

Die 2te Liste giebt die Statistik des sog. Schlosses bis zum Jahre 1860 und zeigt gleichfalls eine stetige Steigerung der Krankenzahl von 25 bis auf 202. — Von der Gesammtzahl der Behandelten in diesen 45 Jahren wurden geheilt 38,33 pCt., es starben 18 pCt.

Die 3te Liste umfasst Heil- und Pflegeanstalt gemeinschaftlich, wie dieselbe nach dem Neubau entstanden, und ersieht man aus derselben, dass die Anstalt im Jahre 1861 mit 460 Kranken eröffnet wurde und am Schlusse des Jahres 1865 464 beherbergte. Von den Neuaufgenommenen wurden in diesem Zeitraum geheilt 31,18 pCt.,

und wenn dieser Procentsatz etwas ungünstiger ist als in anderen Anstalten Dänemarks, so liegt hierfür der Grund darin, dass Bistrupgaard alle Geisteskranken von Kopenhagen aufnehmen muss, ohne Rücksicht auf deren Heilbarkeit, und dass, wie in allen grösseren Städten, ein relativ grösserer Procentsatz mit *dementia paralytica* aufgenommen wird. — Aus diesem Grunde erklärt sich auch, dass trotz der jährlichen Mehraufnahmen auf Seiten der Männer dennoch 1865 74 Weiber mehr anwesend waren als Männer, obwohl die Anstalt vor 50 Jahren mit einer gleichen Anzahl von beiden Geschlechtern ihre Wirksamkeit begonnen; es verhält sich eben die Sterblichkeit der Männer zu der der Frauen wie 4 : 3 und muss auf dieses Verhältniss für die Zukunft besondere Rücksicht genommen werden, weil die stets lethal endende *paralys. general.* in den letzten Jahren in Kopenhagen eher zuzunehmen als abzunehmen scheint, und daher der zurückbleibende Stamm der unheilbaren Frauen stets wachsen muss.

Aus der Gesammtzahl der aus der Stadt Kopenhagen verpflegten Kranken ergiebt sich, dass im Jahre 1848 1,564 pro Mille der Einwohnerzahl im Hospital unter Behandlung waren, im Jahr 1865 dagegen 2,825, ein Factum, welches in gleicher Weise in anderen Anstalten beobachtet wird und nicht so sehr eine Folge der Zunahme der Geisteskranken ist, als vielmehr nur ein Zeugniss ablegt davon, dass man den Anstalten jetzt mit grösserem Vertrauen entgegenkommt, als früher.

Abschnitt V. giebt eine Uebersicht über das bedeutende Vermögen der Anstalt und deren Betriebskosten.

Nachdem *Claudi Rosset*, ein französischer, in Kopenhagen ansässiger Kaufmann, im Jahre 1766 sein gesammtes Vermögen zum Belaufe von 30,000 Thlrn. preuss. dem damaligen Hospitale geschenkt, flossen später Legate zu sehr verschiedenem Belaufe aus den verschiedensten Ständen dem Hospitale zu, so dass trotz des Ankaufes und Umbaues auf Bistrupgaard, welches 250,000 Rdlr. dän. erforderte, und ungeachtet grösserer Verluste während der allgemeinen Geldkrisis in Dänemark im Jahre 1813, die Anstalt am 1. Januar 1866 ein actives Vermögen besass von 415,023 Rdlrn. 11 Skl. dän., fast 312,000 Thlr. preuss., und das gesammte Vermögen der Anstalt in Geld- und Grundstücken veranschlagt werden kann zu 1,100,000 Rdlr. dän.

Aus den beigefügten Tabellen über die Betriebskosten ersieht man, dass in Bistrupgaard in den letzten 5 Jahren für jeden Verpflegungstag durchschnittlich bezahlt ist 44—48 Schilling dän., noch nicht 12 Sgr., obwohl gerade in den letzten Jahren grössere Aus-

gaben erwachsen sind durch die bessere Verpflegung der Kranken und die Erhöhung der Gehalte für die Officialen.

Abschnitt VI. behandelt die Administration der Anstalt.

Es sind drei Verpflegungsklassen eingerichtet, die 1ste und 2te Klasse für gebildete, selbstzahlende Kranken, die 3te für Dienstleute, Commune-Kranke.

Direction der Anstalt ist der Kopenhagener Magistrat. In ärztlicher Hinsicht steht derselben vor ein Oberarzt, in administrativer Hinsicht ein Inspector, beide sind einander coordinirt und werden angestellt durch den Magistrat; gleichfalls von letzterem ernannt werden der Reservearzt, Prediger, Organist, Buchhalter; dagegen werden die Beschliesserin, Haushälterin, Oberköchin, der Gärtner und Bäcker vom Bürgermeister angestellt.

Der Oberarzt stellt seine 2 Oberaufseher und 3 Oberaufseherinnen an, sowie das erforderliche Dienstpersonal, 1 auf 6 Kranke in der Heilanstalt, 1 auf 10 in der Pflegeanstalt, — der Inspector dagegen die Vorarbeiter in den Werkstätten, Pförtner, Kutscher, feste Handwerker, sowie das männliche und weibliche Dienstpersonal für Küche, Wäsche etc.

Es ist bei diesen verschiedenen Autoritäten und dem bestehenden Dualismus in der Anstalt gar sehr eine Collision der Officialen in ihren verschiedenen Geschäftskreisen zu befürchten, so besonders zwischen dem Oberarzt und Inspector; obwohl ausführliche Dienstanweisungen die verschiedenen Geschäftsobliegenheiten und Rechte der einzelnen Angestellten genau bestimmen. Besonders eingreifend und gefährlich scheint die Bestimmung, dass der Inspector in vorkommenden Fällen die Entlassung der von dem Oberarzte angestellten Wärter und Wärterinnen verlangen kann, wie dasselbe Recht nothwendiger Weise dem Oberarzte hinsichtlich der unter dem Inspector ressortirenden Officialen zusteht.

Zum Schluss ist ein Auszug gegeben aus der Hausordnung in Bistrupgaard, aus welcher anzuführen sein möchte, dass der mechanische Zwang nur angewandt wird bei solchen Kranken, deren Zustand für ihre eigene oder anderer Kranken Sicherheit Gefahr mitbringt oder deren Zerstörungssucht alle Grenzen überschreitet.

Die Zwangsmittel bestehen in Jacke, Handschuhen, Fussriemen und Schnallbettstelle und dürfen nur auf specielle Ordre des Oberarztes angelegt werden, welcher zugleich die Form und Dauer derselben bestimmt. (vid. Taf. VI.)

Dr. *Henningsen*.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. VI.

Grundplan der Parterreetage der Heilanstalt.

I. II. III. IV. Abtheilungen für weibliche Kranke.

I'. II'. III'. IV'. Abtheilungen für männliche Kranke.

V. Mittlerer Flügel, in welchem Comptoir des Inspectors, Fremdenstuben, Wohnung des Oberarztes u. s. w.

VI. Gebäude für Werkstätten.

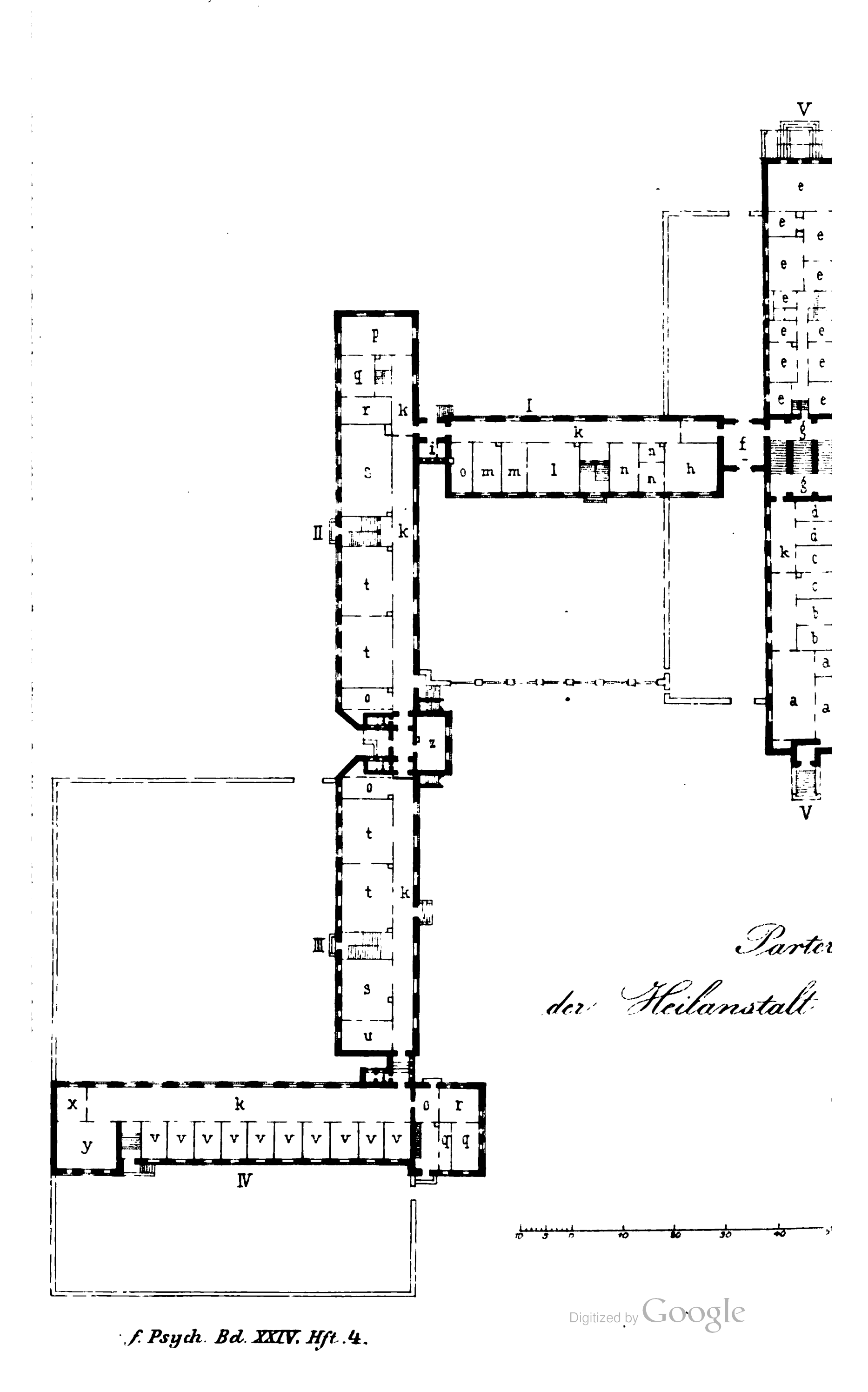
I. I'. 1ste Abtheilung, für ruhige Kranke und Reconvalescenten der ersten Verpflegungsklasse.

II. II'. 2te Abtheilung, für ruhige Kranke und Reconvalescenten der zweiten und dritten Verpflegungsklasse.

III. III'. 3te Abtheilung, für unruhige Kranke aller Verpflegungsklassen.

IV. IV'. 4te Abtheilung, 10 Zellen für tobende und gefährliche Kranke.

a. a. a. Comptoir des Inspectors. b. b. Zimmer für den Comptoirschreiber. c. c. Zimmer für die Oberköchin. d. d. Fremdenstuben. e. e. Wohnung des Oberarztes. f. Geschlossene Pforte. f'. Pforte für die Auffahrt. g. Vestibulum mit Treppe. h. Speisezimmer für die 1ste Abtheilung. i. i. Latrinen. k. k. Corridore. l. Wohnzimmer für die 1ste Abtheilung. m. Zimmer für 1 Kranken der 1sten Verpflegungsklasse. n. Doppelzimmer für 1 Kranken der 1sten Verpflegungsklasse mit Wärterzimmer. o. Aufwaschküchen. p. Musikzimmer für Damen. p'. Billardzimmer für Herren. q. Badestube mit 2 Badewannen, Sturz- und Regenbädern. r. Ankleidezimmer. s. Speisezimmer der 2ten und 3ten Verpflegungsklasse. t. t. Wohnzimmer der 2ten und 3ten Verpflegungsklasse. u. Krankenstuben. v. v. Zellen. x. Stube für 2 Wärter. y. Speisestube und Wohnstube für die Zellenabtheilung. z. Kleiderkammer. ae. Buchbinder-, Schneider- und Schusterwerkstätte. oe. Tischler- und Drechslerwerkstätte.


V
e
e
e
e
e
e
e
e
e
e
e
e
e
p
q
r
k
I
k
f
g
i
o
m
m
l
n
n
n
h
g
s
II
k
d
d
k
c
c
b
b
t
t
a
a
a
o
z
V
o
t
t
k
III
s
u
Parter
der Heilanstalt
x
k
o
r
y
v
v
v
v
v
v
v
v
v
v
q
q
IV
10
5
0
10
20
30
40

Spitze der aus ihm und dem Inspector bestehenden Verwaltung berufenen Arztes, des Dr. *Wallis*, dem bis dahin so sehr vernachlässigten Heilzwecke die hauptsächliche Berücksichtigung zu Theil.

Es fanden durch Ankauf von benachbarten Bürgerhäusern Erweiterungen für einen durchschnittlichen Bedarf von 150 Kranken und viele Verbesserungen in der inneren Einrichtung statt und mehrten sich die Heilungen in erfreulicher Weise, doch bestanden noch immer die alten Instructionen fort. Auch diese wichen in der 3ten Periode, bald nach meinem 1855 erfolgten Amtsantritt, durch den Vorgänger bereits vorbereitet, einer neuen zeitgemässen Organisation, nach welcher der Arzt als Director die alleinige Leitung übernahm und das Institut in dem Geiste der Provinzial-Irrenanstalten umgestaltet wurde.

Nachfolgende Zusammenstellung giebt der Wirksamkeit der Land-Irrenanstalt von ihrer Eröffnung, dem 5. März 1801, an bis zu ihrem am 30. October 1865 erfolgenden Schluss, nach Aufnahme, Entlassung und Abgang, sowie nach ihren 3 Entwickelungsstufen, getreuen Ausdruck.

Tabellarische Uebersicht über die Wirksamkeit der Kurmärkischen Land - Irrenanstalt zu Neu-Ruppin, vom 5. März 1801 bis zum 30. October 1865.

Zeit.	Aufgenommen:			entlassen: Geheilt, respective gebessert			entlassen: Ungebessert			Gestorben:			Summa des Abgangs.		
	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.
Vom 5. März 1801 bis zum Schluss 1840 . .	462	350	812	97	86	183	57	34	91	212	177	389	366	297	663
Von 1841 bis Schluss 1855	346	290	636	124	96	220	98	119	217	120	69	189	342	284	626
Von 1856 bis zum 30. October 1865	376	330	706	200	188	388	122	106	228	49	36	85	371	330	701
Summa totalis	1,184	970	2,154	421	370	791	277	259	536	381	282	663	1,079	911	1,990
Hiernach blieb am 31. October 1865 Bestand .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	105	59	164

Der von Jahr zu Jahr steigernde Andrang zu der alten, nicht recht erweiterungsfähigen Anstalt hatte schon meinen Vorgänger zu dem Antrage auf Errichtung einer in der Nähe von Potsdam zu erbauenden Irren-Heil- und Pflegeanstalt für 350 Kranke und, anfänglich von der vorgesetzten Behörde hiezu aufgemuntert, zu dem unter dem Beirath unseres *Damerow* von ihm und dem Baumeister *Steudner* ausgeführten und im Jahre 1845 veröffentlichten Entwurfe des Bauplans geführt. Die Ausführung scheiterte an den bald darauf erfolgenden misslichen Zeitumständen und fand, auch später wieder angeregt, nicht mehr die erwünschte Unterstützung.

Dieser Misserfolg durfte mich, den Nachfolger, um so weniger von erneuten und unablässigen Bemühungen abhalten, als das reelle Bedürfniss immer zwingender sich Geltung verschaffte. Es gelang mir zunächst, die Aufmerksamkeit des verstorbenen Ober-Präsidenten Staatsministers Dr. *Flottwell* hierauf zu richten und seine Ueberzeugungen der Nothwendigkeit durch einen auf seinen Anlass unterm 21. October 1859 erstatteten Bericht zu erwecken, sowie gleichzeitig das lebhafte Interesse des thatkräftigen und einsichtsvollen Landraths *Scharnweber*, der seit dem Herbste 1859 das Präsidium der Landarmen-Direction übernommen hatte, hierfür zu gewinnen. Auf des Letzteren, als ihres einflussreichen Mitgliedes, Betrieb fand sich schon 1858 der Kurmärkische XXXI. Communal-Landtag bewogen, dem in meinem Verwaltungsbericht vom 15. März 1858 gestellten bestimmten Antrage auf Neubau seine Theilnahme zuzuwenden und in Voraussicht auf die spätere Ausführung die Ansammlung der Ueberschüsse anzuordnen, während der XXXII. Communal-Landtag, dessen sämmtlichen Mitgliedern ich während der Session einen persönlichen Bericht über die Sachlage zu erstatten nicht ermangelte, auf Anlass der mein Promemoria befürwortenden Ober-Präsidial-Verfügung vom 10. November 1859 in seiner Sitzung vom 10. December ejusdem eine Commission unter dem Vorsitz des Ober-Schlosshauptmanns Grafen *von Königsmark* von anfänglich 3, und später unter Zutritt des Landraths *Scharnweber* von 4 Mitgliedern ernannte, welche die zur Reorganisation des Irrenwesens erforderlichen Einleitungen zu treffen und hierhin zielende Vorschläge dem XXXIII. Communal-Landtage zu unterbreiten habe. —

Die Commission besuchte am 9. Juli 1860 die Land-Irrenanstalt und nahm ein ausführliches Promemoria über die Verhältnisse und den hieraus sich ergebenden Neubau entgegen, war mit mir am 10. Juli im Landarmenhause zu Wittstock, erkannte die Nothwendigkeit einer gründlichen Abhülfe des vorhandenen Bedürfnisses, glaubte diese jedoch in Folge ihres Mandats nur in einem

Erweiterungsbau von Neu-Ruppin suchen zu dürfen. Dem entsprechend traten der Landrath *Scharnweber*, der Ständische Commissarius, der designirte Baumeister *Gropius* und der Director unter Betheiligung der gerade zur Revision anwesenden Geheimen Regierungsrath Dr. *Esse* und Regierungs - Medicinalrath Dr. *Wald* am 23. October 1860 zu Neu-Ruppin zusammen, um auf Grund eines Bauprogramms einen allgemeinen Bauplan zu entwerfen, und setzten ihre Berathungen in der mit der Ständischen Commission am 2. November ejusdem zu Berlin abgehaltenen Conferenz fort. Die auf Erweiterung zielenden Vorschläge und Pläne fanden im XXXIII. Communal-Landtage auf Grund des Berichts des 2. Ausschusses eine günstige Aufnahme und sehr erfreuliche Ergänzung, insofern in der Sitzung vom 11. December 1860 nicht nur der Erweiterungsbau in Neu-Ruppin genehmigt, sondern auch eventuell dem 2. Ausschuss die Ermächtigung ertheilt wurde, zu den Vorarbeitungen für den Neubau einer Irren-Heil- und Pflegeanstalt in der Mitte der Provinz die Commission zu autorisiren, falls sich letztere dem wohlverstandenen Interesse der Kurmark als zweckmässiger erweise. — Zugleich wurde dem ausgesprochenen Wunsche auch darin entsprochen, dass zu dem Anstalts-Director, dem bisherigen alleinigen Sachverständigen, andere unparteiische Irrenärzte, die in der Bautechnik bereits wohlrenommirten Collegen *Flemming* und *Lähr*, zur gemeinschaftlichen Wirksamkeit hinzutraten. Sie haben mit Hingabe und Eifer sich dieser mehrjährigen Aufgabe unterzogen und namentlich der in der Nähe wohnende jüngere College an den vielfachen Berathungen unausgesetzt sich betheiligt. Mögen sie sich hier nochmals meinen innigsten Dank für ihre erfolgreiche Thätigkeit und ihr echt collegialisches Wirken gefallen lassen. Auch sie entschieden sich für einen Neubau, und so fiel denn, begünstigt durch die Unterstützung des Ober-Präsidenten und eine zu geringe Opferwilligkeit der Neu-Ruppiner, der Beschluss zu Gunsten des Neubaues einer Irren-Heil und Pflegeanstalt für 300 Kranke und eines hieran sich schliessenden Siechen-Depots für 100 Personen, aus. Von den concurrirenden Städten, die Anerbieten an Land gemacht, gefiel das von Neustadt-Eberswalde zur Verfügung gestellte Terrain am besten, hierfür wurden das nach mehrtägigen Berathungen entworfene ärztliche Bauprogramm unter dem 15. August 1861 überreicht, danach die technischen Pläne und Anschläge angefertigt und nach Genehmigung Seitens des XXXIV. Communal-Landtages dem Ministerio behufs Gewährung der staatlichen Erlaubniss zur Ausführung des Baues unterbreitet. Dieselbe erfolgte unter dem 27. Juni 1862, der Bau selbst konnte, wegen vorheriger umfassender Detailarbeiten, contractlicher

Abschlüsse und Material-Beschaffung, erst Anfang März 1863 beginnen, wurde dann jedoch mit solcher Anstrengung gefördert, dass schon nach 2 Jahren und 8 Monaten der Bezug in die grösstentheils fertige Anstalt und die ungehinderte Aufnahme überaus zahlreicher Kranken erfolgen konnte. Bereits sind wir von den ursprünglichen 164 bis zu 388 Kranken vorgeschritten, und beschäftigen uns jetzt ernstlich mit der Errichtung des noch rückständigen Siechen-Depots.

Die Provinzial-Irrenanstalt zu Neustadt-Eberswalde.

A. Lage und Umgebungen.

In dem freundlichen, von Neustadt-Eberswalde östlich sich erstreckenden, Finow-Thale liegt zwischen zwei nach Stettin und Oderberg führenden Chausseen in der Mitte des eigenen, etwa 140 Morgen betragenden Gebietes die neue Anstalt, ½ Meile von der Stadt, auf einer sanft ansteigenden Erhöhung. Gegen Südost mit ihrer Hauptseite gerichtet, wird sie gegen Norden und Osten durch mit Nadel- und Laubholz bestandene Hügelketten gegen rauhere Winde geschützt und von der lebhafteren Stettiner Landstrasse geschieden, und ist von der vorderen Oderberger jetzt weniger befahrenen Chaussee 350, von der hinten und parallel derselben laufenden Neustadt-Wriezener Eisenbahn 430 Schritte entfernt.

Sie ist dem Bereiche eines lärmenden und verkehrsreichen Treibens entrückt, und gleichwohl wird die sie umgebende wohlthätige Ruhe durch freundliche Aussichten und einen Wechsel von angenehmen Eindrücken vor Einförmigkeit bewahrt. Nach Südwesten breitet sich die von bewaldeten Höhen umkränzte und im weiteren Aufblühen begriffene, verkehrsreiche Stadt; nach Osten erfreut das Grün des Waldes selbst im Winter unser Auge, und vor uns zeigt 12 mal täglich das Dampfross seine Kraft, ist während der Schifffahrt der sich mit dem Bahnkörper kreuzende Finow-Kanal, die für die Mark, Pommern und Posen so wichtige Verkehrsader, mit Segeln gefüllt und erheben sich jenseits des Ufers gleichfalls sanft ansteigende bewaldete Hügel.

Nach hinten winkt in der Mitte einer beträchtlichen Höhe, und dem Centrum entsprechend, der geschmackvolle, das Wasserreservoir für die gesammte Anstalt enthaltende Thurm und von ihm links und unten erstreckt sich terrassenförmig der Friedhof.

Nach vorne, unmittelbar vor der Anstalt, befinden sich vor dem mittleren und Verwaltungsgebäude ein Rondell mit Rasen-Rabatten

und einem im Centrum befindlichen Springbrunnen, vor den Häusern der Kranken durch einen Stacketenzaun und davor gepflanzte lebende Hecke abgeschlossene Vorgärten; an diese reihen sich die Beamtengärten, und hiervor die für den Gemüsebau bestimmten, von Wiesen durchschnittenen Flächen. Sind auch die Anpflanzungen unserer Gärten erst im Entstehen, und wird es bei der sterilen Bodenbeschaffenheit noch mancher Arbeit bedürfen, so werden sie doch, da es an Wasser, Dung und Kräften nicht gebricht, binnen wenigen Jahren sich stattlich entwickeln und dem Ganzen zu einer grösseren Zierde gereichen.

Von grossem Werthe sind die schönen und leicht erreichbaren Umgebungen der Stadt und Anstalt. Unmittelbar vor letzterer führt ein Weg durch die Forst nach einer durch Wasserkraft getriebenen Fabrikanlage, der Weitlage, früher einem sehr beliebten Vergnügungsorte. Eine halbe Meile davon liegt Chorin mit seinen berühmten Klosterruinen, seinen Seen und Wäldern. Die nach links neben dem Kanal führende Oderberger Chaussee bietet nah und fern angenehme Promenaden und Fernsichten, während nach der anderen Seite die Stadt mit dem Brunnen, dem Zainhammer, den nahen ausgedehnten schönen Laub- und Nadelholz-Waldungen, den lieblichen Wasserfällen, das reizend am See und im Walde gelegene Spechthausen, die am Kanal sich ausdehnenden betriebsamen Orte Kupferhammer, Eisenspalterei, Wolfswinkel, Heegermühle, Schöpffurth mit ihren Fabriken und Anlagen vielfache Gelegenheit zu Ausflügen lehr- und genussreicher Art gewähren. Neustadts an Abwechselungen so reiche Umgebung ist auch nach ausserhalb rühmlichst bekannt, und so dürfte es denn für unseren Zweck genügen, wie vorstehend, die bekanntesten und am leichtesten erreichbaren Punkte angedeutet zu haben.

B. Architectur und Eintheilung der Anstalt im Allgemeinen.

Von welcher Seite man sich auch der Provinzial-Irrenanstalt nähert, überall ist der Total-Eindruck seiner mannichfachen, verschiedenen Zwecken dienenden, eine beträchtliche Fläche ausfüllenden Gebäude ein angenehm überraschender und imponirender.

Kommt man von Neustadt, Freienwalde oder Oderberg, so glaubt man ein grossartiges, im modernen Styl ausgeführtes Schloss vor Augen zu haben; schaut man von der Stettiner Landstrasse oder dem Wasserthurm auf die unten sich ausdehnenden Häuser, so denkt man eine kleine Stadt oder das Viertel einer grösseren zu erblicken.

Und doch fehlt jeder äussere Schmuck der Paläste, jede be-

sondere, durch den modernen Styl gegebene, kostbare Ausstattung, wie sie die Wohnstätten der Reichen in den Residenzen an sich tragen, ist nirgends, bei aller Schönheit, gegen die Regeln einer weisen Sparsamkeit gefehlt.

Denn die Architectur des Ganzen, so edel und aus geläutertem klassischen Geschmack hervorgegangen sie sich darstellt, so einfach und jedes künstlichen und überflüssigen Beiwerks baar ist sie. Alle Gebäude sind mit flachem Schieferdach versehen, und doch sehen sie nicht gedrückt aus, die vordere Haupt-Façade erreicht fast 700 Fuss, gleichwohl ist Monotonie glücklich vermieden, und durch das Hervortreten des Centralgebäudes und der Terrassen, durch einen Wechsel der einstöckigen Hallen, der zweistöckigen Pensionsgebäude, der dreistöckigen Eckthürme und des dreistöckigen Centrums, sowie durch die fünfeckigen gefensterten Risalite aller Krankenhäuser ein sehr wohlthuender Anblick erzielt, der durch den Rohbau, in dem das Ganze aufgeführt ist, noch gehoben wird. Weisse, rothe und gelbe Ziegel sind unter entsprechenden Formen vereinigt und halten auch hier die Einförmigkeit fern. Die Fenster der Krankenhäuser sind zwar sämmtlich vergittert, doch ist die erwählte rosettenartige Form eine so ansprechende, und sind die Glasscheiben so gross, dass jedes Gefängnissartige fehlt.

Vor Allem sind es jedoch die Harmonie und Symmetrie, die sich in dem Ganzen und den einzelnen Theilen an sich und zu einander ausprägen, welche die Architectur als aus einem klassischen Guss hervorgegangen kennzeichnen und den Baumeister zum Meister seiner Kunst erheben.

Die Anstalt enthält bei einer Vorderfront von 680 Fuss Länge und einer Seitenfront von 390 Fuss Länge im Ganzen an bebauter Fläche 104,271 Quadratfuss.

Sie bedeckt mit ihren Gebäuden, Höfen und Vorgärten 20 Morgen und besteht 1) aus dem Central- (A.) oder Verwaltungsgebäude mit 11,372 Quadratfuss; 2) und 3) rechts und links aus 2 Pensionär-Gebäuden für Männer und Frauen (B.) mit 15,542 Quadratfuss; 4) und 5) rechts und links aus zwei Krankenhäusern für heilbare Kranke gewöhnlicher Stände (C.), 6) und 7) hiermit im Rechteck verbunden, rechts und links aus zwei Häusern für unheilbare Kranke (D.), mit zusammen 36,422 Quadratfuss; 8) und 9) rechts und links aus zwei Isolirhäusern (E.) mit 10,946 Quadratfuss; 10) aus dem Oekonomie-Gebäude mit Kesselhause (F.) von 11,335 Quadratfuss; 11) aus Verbindungshallen und Gängen zwischen den einzelnen Gebäuden mit 12,062; 12) u. 13) aus zwei auf dem Hofe gelegenen Oekonomie-Gebäuden (G) mit 6,461 Quadratfuss; 14) aus einem Eis-

keller mit 531 Quadratfuss; 15) aus dem oberhalb der Anstalt gelegenen Wasser-Reservoir mit 600 Quadratfuss: in Summa 104,271 Quadratfuss.

Bei dem Bestande von 300 Kranken würden hiernach auf den Kopf 347, bei 400 Kranken 260 Quadratfuss fallen.

An Kubikfuss Luft hingegen sind bei einem Bestande von 400 in den Gebäuden:

ad 2) und 3)	im Tagesraum	2,284,	Schlafraum	1,646.
ad 4) und 5)	- -	1,430.	-	1,017.
ad 6) und 7)	- -	1,205.	-	820.
ad 8) und 9)	- -	2,340.	-	1,590.

Die Höhe beträgt im Souterrain 9′, in der 1sten Etage 13′, in der 2ten Etage 13′, in der 3ten Etage 12′, in der Kapelle 31′, in dem grossen Saale 15′, in zwei kleineren 13′.

Die Corridore sind in den Gebäuden B 12 Fuss, und nach hinten in den Gebänden C, D, E 15 Fuss, und nach vorne, die Treppen in reichlicher Zahl von Stein und mit Holzstufen belegt, die Latrinen nur im Verwaltungsgebäude und in der Pensionair-Abtheilung von D Water-Closets, sonst durchgängig nach *d'Arcet*'schem Muster. Die Beleuchtung geschieht mit Ausnahme einzelner Beamtenwohnungen und der Wohn- und Schlafräume der Pensionairs in A durch Gas, welches aus der städtischen Anstalt geleitet wird.

Die Wände sind mit grauem Grundton gestrichen; die Thüren, ausser in den Isolirhäusern und Zimmern von gewöhnlicher Construction, münden nach aussen, ihre Klinken neigen abwärts. Ueberall sind die Fussböden geölt und die Bettstellen von Eisen, mit Kopf- und Fussbrettern 6 Fuss lang und 2 Fuss 8 Zoll breit und mit grünem Oel-Anstrich; die Bettfourrituren aus Kopfkissen, einer dreitheiligen Matratze (von Pferdehaaren), Strohsack, leinenem Laken und wollener Decke bestehend.

Die rechts von dem Central-Gebäude A gelegenen Häuser sind für die Männer, die links befindlichen von gleicher Beschaffenheit für die Frauen bestimmt. Alle Gebäude haben ein hohes, aus Wohnungen, Werkstätten, dem Winter-Turnsaal, Vorrathsräumen, Kellern, Heizungskammern und Kohlenräumen einerseits, und dem centralen, die Communication aller Gebäude und Abtheilungen vermittelnden, asphaltirten Corridor bestehendes Souterrain.

C. Specielle Beschreibung.

1) Central- oder Verwaltungsgebäude (A). Dasselbe, dreistöckig und nach hinten mit einem kleinen, die dreizifferblättrige Normaluhr enthaltenden Thurm versehen, tritt mit seiner 97 Fuss

breiten Vorderfront um 35 Fuss, mit einem mittleren Risalit noch um weitere 7 Fuss 5 Zoll vor den Krankenhäusern hervor, ist im grössten Durchschnitt 160 Fuss tief und in seiner oberen Mitte mit dem Kurmärkischen Adler geziert. Ein durch geschmackvolle Säulen von Zink und den Balcon des zweiten Geschosses gebildetes bedecktes Portal sichert für Personen und Fuhrwerk den geschützten Zugang, der zur Halle, die mit gequadertem Marmor getäfelt ist, und auf einer Freitreppe zum ersten Geschoss führt.

Die Inschrift des Gesimses: „*Salus insanis dei gratia et arte peritorum*" begrüsst den Eintretenden.

Das Haus wird durch einen mittleren Lichthof von 39 Fuss im Quadrat, in dem ein Springbrunnen sprudelt und kühle schattige Plätze zum Verweilen einladen, unterbrochen und derartig geschieden, dass sich von den vorderen und seitlichen Räumen die hinteren für die Gesammtheit der Bewohner bestimmten absondern.

Das Souterrain hat rechts die Loge und Wohnung des Portiers, links diejenige des Oekonomen, ausserdem Gasuhrkammer, Beamten-Keller und Heizungsräume.

Das Erdgeschoss enthält nach vorn und rechts zwei Empfangszimmer, die Wohnung des 2ten Assistenzarztes und die Dispensir-Anstalt, nach vorn und links das Conferenzzimmer, die Büreaus für Expedition, Kasse und Registratur und das Badezimmer der Beamten, nach hinten die Locale für gesellige Zusammenkünfte, in der Mitte den gemeinsamen grossen Saal von 46 Fuss Länge und 30 Fuss Breite, rechts und links gesonderte Räume für Männer (mit einem Billard) und Frauen von 26 Fuss Länge und 30 Fuss Breite. Im zweiten Geschoss ist vorne und links die Wohnung des Directors, rechts diejenige des Rendanten, im 3ten diejenige des verheiratheten 2ten Arztes und des 1sten Assistenzarztes und nach rechts diejenige des verheiratheten Geistlichen und wissenschaftlichen Lehrers; nach hinten befindet sich die für 200 Personen ausreichende, durch beide Stockwerke sich erstreckende Kapelle. Sie ist in edler, würdiger und einfacher Weise ausgestattet, heiz- und erleuchtbar, mit Orgel und Chor versehen, empfängt über demselben Oberlicht, sonst Hochlicht und hat für die Geschlechter gesonderte Zugänge und Sitzreihen. Der in einer Nische stehende Altar, Kanzel, Sitzbänke, Fenster und Farbenschmuck entsprechen harmonisch der hohen Bestimmung.

2) Das für gebildete und heilbare Kranke (Pensionaire) eingerichtete Haus (B). Von 174 Fuss 6 Zoll Länge und durch zwei in asphaltirte Terrassen von 12 Fuss Breite mündende Hallen von 30 Fuss 5 Zoll Breite und 12 Fuss 8 Zoll Tiefe vom

Central- und vom Krankenhause C geschieden, hat es die Wohn- und Schlafräume der Kranken (7 zu 12, 15 und 18 Fuss) und das Wärterzimmer (von 9 Fuss Breite), sämmtlich zu 20 Fuss Tiefe, und den gemeinschaftlichen Salon von 22 Fuss Breite und 32 Fuss 9 Zoll nach vorn, den ungetrennten Corridor nach hinten, und an jedem Ende Treppen, auf denen man zum anderen Geschosse, dem Vorgarten und dem centralen Corridor gelangt. Der zum geselligen Verkehr, zur Lectüre und musikalischen Unterhaltung dienende Salon tritt mit einem fünfeckigen Ausbau hervor, ihm gegenüber schliesst sich für Bäder und Bedürfnisse ein rechteckiges Risalit von 30 Fuss Breite und 15 Fuss Tiefe an den Corridor an. Es enthält in der Mitte das Bad mit 2 Wannen (im 2ten Geschoss eine), links ein Zimmer für Toilette und Utensilien, rechts zwei Latrinen, durch ein Pissoir unter sich, und einen Vorraum vom Corridor, geschieden. (Ueber die Construction weiter unten.) Jedes Geschoss von gleicher Beschaffenheit bildet eine besondere Abtheilung für je 18 Pensionaire 1ster und 2ter Klasse und ist standesgemäss, wenn auch einfach, eingerichtet.

3) Das Krankenhaus für heilbare Pfleglinge der gewöhnlichen Stände (C). 251 Fuss 4 Zoll lang gegen Südwest gerichtet, und rechtwinklich mit der Hauptfaçade verbunden, tritt das Gebäude C mit zwei Eckrisaliten und einem mittleren Ausbau aus seiner vorderen Front heraus, und ist im Verbindungsflügel um ein 3tes Geschoss — zu einer Abtheilung für die somatisch Erkrankten eingerichtet — erhöht.

Ausser dieser enthält C 4 gesonderte Abtheilungen, in jedem Geschosse zwei, die in der Mitte den Salon von 29 Fuss Tiefe und 25 Fuss Breite und das mit zwei Wannen versehene Bad gemeinschaftlich haben. Aus dem zwischen ihnen gelegenen Flur führt eine Treppe für das Dienstpersonal (die 3ten des Stockwerks) nach unten und oben. An das Bad stösst oben und unten, rechts und links das Gemach für die Lavoirs aus Cementstein, die Latrinen und das Pissoir, an dieses das Wärterzimmer. Die untere andere Abtheilung umfasst ausserdem ein grösseres Schlafzimmer von 24 und 25 Fuss Dimensionen für 14 Kranke, zwei kleinere für 4—6, so wie einen Wohnsaal von 20 und 25 Fuss, die untere hintere zwei Schlafsäle von 24—25 Fuss, und ein in zwei Räume geschiedenes Isolirzimmer für vorübergehend Unruhige und ein Utensilienzimmer. Alle grösseren Schlafsäle werden in der Mitte von einer gusseisernen Säule getragen und haben ihre Nachtgasflammen, in einer soliden Laterne geschützt, vor den Fenstern Rouleaux von festem Drillich.

Im Isolirzimmer sind die Thüren von beträchtlicher Stärke und

mit Bascule-Schlössern versehen, die Fenster durch verschliessbare Laden zu verdunkeln.

Das zweite Geschoss ist ähnlich construirt, nur fehlt der Reservesaal der anderen Abtheilung, welche aus 2 Schlafsälen zu 14 Betten und einem Zimmer zu 4 bis 5 besteht.

Die somatische Abtheilung des 3ten Geschosses bietet in einem grösseren Zimmer von 20 und 25 Fuss Breite und Tiefe und einem kleineren von 11, 10 und 20 Fuss Raum für 12 bis 14 Kranke.

4) Das Gebäude für unheilbare Kranke (D) ist mit C im Rechteck innig verbunden und mit der seitlichen Front in gleicher Flucht, und in der hinteren Front 185 Fuss 6 Zoll lang. Ein vorderer Zugang ist mit C gemeinschaftlich, ein hinterer der zweiten Abtheilung des Geschosses allein angehörig. Das Wärterzimmer mit Glasfenstern scheidet die Abtheilungen, von denen die vordere für 14 Unheilbare der besseren Stände, 3 Schlafzimmer für 4 bis 6 Personen, einen Saal von 26 Fuss im Quadrat, ein Isolirzimmer, wie oben, und einen Raum für Lavoirs, Water-Closets und Pissoir, die hintere zwei Schlafsäle für je 14 Kranke und mit Ventilation versehen, einen am Ende saalartig mündenden Tagesraum, und ein Gemach für das Bad nebst den Lavoirs, Pissois, Latrinen à la d'Arcet und Utensilien zur Verfügung haben.

Im Souterrain ist ein mit einer Heizung in Verbindung stehender Raum zum Trockenapparat für die Bettfournituren und Bekleidungen der Unreinlichen bestimmt.

5) Das Isolirhaus der dauernd Aufgeregten (E). Durch eine bedeckte Halle von 40 Fuss Länge und 10 Fuss Breite mit D verbunden und in gleicher Flucht bildet es ein Rechteck von je 100 Fuss langen Flächen, welche 12 Zellen, einen gemeinschaftlichen Aufenthaltsraum, ein Bad, Theeküche, Matratzenraum und Corridor nach dem Garten enthalten, und mit den Zellen nach aussen, mit dem mit Aborten à la d'Arcet versehenen Corridor nach innen gerichtet sind.

7 Zellen von 10 Fuss Breite und 12 Fuss Tiefe haben tief herabgehende, nach innen mit starken Drahtgittern, nach aussen mit Läden vensehene Fenster. Sie können nebst den Läden von aussen durch Mechanismus beliebig und gesondert geöffnet, herabgelassen und gestellt werden, die fünf hinteren Zellen von 10 und 15 Fuss haben oben nicht erreichbare Fenster mit Läden, in gleicher Weise zu öffnen und zu fixiren. Sie werden insgesammt durch Gasflammen, die sich, durch starke Glastafeln geschützt, oberhalb der Thüren befinden, erleuchtet und werden diese, welche gleichzeitig die Zellen ventiliren, durch eine Vorrichtung angezündet, beliebig verstärkt,

vermindert und ausgelöscht. Die Wände sind 1 Fuss 5 Zoll stark, von Ziegelsteinen, mit Cement überzogen und grauer Oelfarbe gestrichen, der Fussboden ist Patent, die Thüre eine doppelte mit glatter innerer Fläche und einem nur von aussen zu öffnenden federnden Bascule-Schloss. Das Ameublement besteht aus niederer Bettstelle, Tisch und Stuhl von fester hölzerner Construction und am Fussboden befestigt.

Die Erwärmung wird durch die *Haag*'sche Heisswasserheizung bewirkt. In den 7 vorderen Zellen bilden die Röhren ein durch starke Holzbekleidung gesichertes Gehäuse, in den 5 hinteren, von denen zwei asphaltirt sind, laufen die Röhren in fester Bekleidung in einer Höhe von 9 Fuss horizontal an den Wänden. Der Nachtstuhl ist an der Wand befestigt und mit einem gusseisernen Trichter versehen, aus dem die Excremente in einen, vom Corridor zu entfernenden Porzellan-Eimer fallen.

Der gemeinschaftliche Aufenthaltsraum, gleichzeitig die Schlafstätte der Wärter, von 15 und 27 Fuss. trennt beide Abtheilungen und Corridore. Von hier gelangt man durch andere Thüren nach dem, für prolongirte Benutzung bestimmten Bade, dem Matratzenraum, der Thee- und Spülküche und durch einen Vorflur nach dem von 12 Fuss hohen Mauern umschlossenen recht geräumigen Garten.

6) Das Oekonomie-Gebäude (F). Zwischen den Gebäuden D und mit ihnen und dem gegenüberliegenden Verwaltungs-Gebäude durch einen bedeckten Gang von 8 Fuss verbunden und 120 Fuss lang, besteht es aus einem Hauptgebäude mit einem Geschosse, den nach vorn und hinten sich rechts und links anschliessenden Flügeln mit zwei Zwischen-Etagen und dem an die Mitte sich anlehnenden Kesselhause und enthält im Souterrain den grossen Anstaltskeller für Kartoffeln und Gemüse mit Separat-Abtheilungen für Milch, Bier, Brod, Wein, Fruchtsäfte und Obst. Der Hauptheil besteht aus dem an seinen Enden und der Küche gegenüber derartig verschliessbaren Corridor, dass für Männer und Frauen getrennte Zugänge zur Speiseausgabe gebildet werden, und der Koch- und Putzküche auf der linken und der Waschküche nebst Anhang auf der rechten Seite, beides durch einen Gang geschieden. Sie sind 20 Fuss hoch, 25,6 Fuss breit und 40 Fuss tief, ihr Fussboden durchweg asphaltirt.

Die Kochküche hat für die durch Dampf erfolgende Speisebereitung (siehe unten) 10 Kessel mit 910 Quart Inhalt, und zwar: 1 Kessel zu 300 Quart, 1 Kessel zu 150 Quart, 1 Kessel zu 100 Quart, 3 Kessel zu 80 Quart, 1 Kessel zu 50 Quart, 1 Kessel zu 40 Quart, 1 Kessel zu 20 Quart, 1 Kessel zu 10 Quart und einem Kartoffel-

sieder, ausserdem 2 Schränke für Braten und Mehlspeisen, eine Kochmaschine mit gewöhnlicher Kohlenfeuerung.

Für die Speise-Anrichtung dient ein grosser mit starkem Eisenblech belegter Tisch, der zugleich als Schrank für das Warmhalten der Speisen eingerichtet ist; Röhren, die unter der Tischplatte und unter den Speisebrettern laufen und durch Dämpfe erwärmt werden bewirken dies.

Das Spülen der Gemüse und Geräthe wird in der hiermit verbundenen Putzküche von 22 und 32 Fuss in 4 Bassins von Cementstein ausgeführt, die mit einer Kalt- und Warmwasser-Zu- und Ableitung versehen sind.

Die Abführung des Wrasens in der Koch- und Waschküche bewirken zwei unter der Decke angebrachte grosse Oeffnungen, welche durch einen weiten Canal mit einem im Maschinenhause aufgestellten Ventilator in Verbindung stehen.

Die Waschküche, von gleicher Höhe und Grösse, enthält eine Centrifugal-Maschine, 4 schmiedeeiserne Kessel zum Kochen und in der Mitte 4 Bottiche von Cementsteinen, 6 Fuss lang und breit und 3 Fuss tief, zum Einweichen und Spülen der Wäsche. Die Bottiche stehen mit der Warm- und Kaltwasserleitung in Verbindung.

Hieran schliesst sich die Roll- und Plättstube von 32 und 22 Fuss und die Kammer für den Schnelltrocken-Apparat von 20 und 22 Fuss an.

Im mittleren Gange führen eine Treppe und eine Winde nach dem Trockenboden.

In dem vorderen rechten Flügel befinden sich in 2 Zwischen-Etagen die Vorrathsräume für den Oekonomen und die Wirthschafterin.

Im hinteren linken Flügel sind unten die Anstaltsbäckerei, oben die Wohnung der Wirthschafterin und der Oberwäscherin, im rechten Flügel unten das Büreau des Oekonomen und die Anstaltswäsche-Vorräthe, oben Magazine für Kleider und Utensilien. Der Boden ist in der Mitte zum Trockenboden der Wäsche, zur Seite und nach hinten für Mehl, Getreide (mit Winde), trockenes Gemüse und Matratzen in einzelnen Abtheilungen eingerichtet. Auf der Spitze des Daches ist die grosse Anstaltsglocke angebracht, welche für alle Tagesereignisse, Aufstehen und Niederlegen, Beginn der Arbeiten, Speiseabholungen, Anfang des Gottesdienstes und gesellige Zusammenkünfte das überall hörbare Zeichen giebt.

An die Mitte von F schliesst sich das Maschinenhaus an, bestehend aus der Kesselstube mit 2 Kesseln von 3 Atmosphärenkraft, einem nach ausserhalb liegenden Kohlenschuppen, der Heizerstube

und der Schmiede, und dem Raum für die Maschine von 4 Pferdekraft. Ihre Aufgabe ist eine 6fache, das Wasser in das Reservoir zu heben, die Speisen zu kochen, die Wäsche zu besorgen, die Centrifugal-Maschine zu treiben, den Schnelltrocken-Apparat zu unterhalten, Wasch- und Kochküche zu ventiliren, ihr Kohlenverbrauch durchschnittlich per Monat 10 Last guter Schottenkohle.

7) Die kleineren Oekonomie-Gebäude auf dem Hofe (G). Sie bilden in einer Länge von 91 und 93 Fuss den hinteren Abschluss, haben in den zwischen ihnen befindlichen Zwischenraum von 40 Fuss das Thor für Fuhrwerk und setzen sich rechts und links in die 12 Fuss hohe Anstaltsmauer fort.

Das Gebäude links ist zunächst dem Thore im Erdgeschoss für die Wohnung des verheiratheten Gärtners, im 2ten Geschoss für die Wohnung der männlichen Domestiken bestimmt, hieran schliesst sich die Scheune von 30 und 30 Fuss, und zuletzt die Leichenhalle nebst dem vor ihr gelegenen Sectionslocal. Aus ersterer von 19 Fuss im Quadrat gelangt man mit dem Conduct unmittelbar in's Freie. Das letztere hat, sowie die erstere, Oberlicht, ausserdem durch 3 heraustretende Fenster gewöhnliches Licht und 10 und 19 Fuss Breite und Tiefe und ist mit Wasser-Zu- und Abfluss versehen.

Im Gebäude rechts wohnen unten der verheirathete Nachtwächter und Pförtner, oben die weiblichen Domestiken, sodann folgt die Remise für Feuerspritzen, Wagen und Geschirre, dann der Pferdestall mit Futterkammer und durch einen Gang getrennt, der Kuhstall für 14 Häupter. Die Ställe sind nach neuester Construction.

8) Der Wasserthurm. 51 Fuss höher als die Kellersohle der Anstalt, fasst er in sich das zum Schutze gegen Einfrieren durch eine Isolirschicht von der Mauer und vom Dach getrennte schmiedeeiserne Reservoir von 12 Fuss Höhe und 18 Fuss Durchmesser mit etwa 3,000 Kubikfuss Wasser. Ein nach aussen angebrachter und weithin sichtbarer Messer deutet dem Maschinenheizer den Inhalt an.

9) Die Höfe der Anstalt. Innerhalb seiner Häuser und Mauern sind ausser dem kleinen Lichthofe folgende Höfe vorhanden:

1. Zwischen den Gebäuden B, C, D und dem Verbindungsgange auf jeder Seite ein für die Bewohner von C und D zur Promenade dienender und in parkartige Gartenanlagen umgewandelter Hof von 218 Fuss Länge und 166 Fuss Breite. Die Pappdächer der Communicationen bilden nach den Gärten Veranden zum Schutz gegen Sonne und Regen. Sie enthalten nebst den Vorgärten von B noch besondere Brunnen.

2. Zwischen D und E je ein 125 Fuss langer und 110 Fuss

breiter und erhöhter Hof, bei den Männern zum Turnen und zur Kegelbahn, bei den Frauen zum Trocknen der Wäsche bestimmt.

3. Zwischen E und den Mauern die für die Bewohner der Isolirhäuser in einen Garten umgewandelten Höfe.

4. Zwischen dem Kesselhause, den Communicationen, Mauern und Gebäuden G der grosse Oekonomiehof. Auf ihm befinden sich die Hauptbrunnen, der Eiskeller, die Holz- und Kohlenlager, die Mistbeete, die Jauch- und Mistgrube.

5. Zwischen A und F und den Communicationen ein 105 Fuss langer und 100 Fuss breiter parkartiger Beamtenhof.

D. Die technischen Einrichtungen und deren Kritik.

Sie umfassen die Wasserleitung, die Heizung, die Bäder, Aborte, Erleuchtung, Küche und Wäsche.

1) Die Wasserleitung. Aus dem in der Nähe des Kesselhauses gelegenen Hauptbrunnen von 12' Durchmesser und 18' Tiefe, treibt die Dampfmaschine das Wasser durch zwei Pumpen in Röhren von Gusseisen und 6" Durchmesser in das oben beschriebene, 51' höhere Haupt-Reservoir. Von hier gelangt es durch seinen eigenen Druck zuerst in Röhren von gleicher Beschaffenheit bis 12 Fuss hinter der von der Wohnung des Gärtners gelegenen Schleuse (einem Schiebe-Ventil), vertheilt sich dann in Röhren von kleineren Dimensionen nach den einzelnen Häusern, Höfen und Gärten und wird in erstere durch schmiedeeiserne Röhren von 1½ bis 2" in die für Bäder und heisses Wasser bestimmten kleineren Reservoirs, und durch Bleiröhren von ¾ bis 1' Durchmesser in die Wohn-, Küchen-, Wasch-, Bade- und Wärterräume, Closets und Pissoirs des ganzen Hauses geleitet. Derartige Unter-Reservoirs befinden sich auf dem Boden des Oekonomie-Gnbäudes (F), der Gebäude A, D, E (je eins), B und C (je zwei durch Röhren verbunden). Das Wasser des Reservoirs in F wird durch die von dem Dampfkessel durch- und zugeleiteten heissen Dämpfe, das Wasser in den obigen durch die Badefeuerung erwärmt.

Der Zufluss des Wassers wird hierin durch einen sogenannten Schwimmkugelhahn regulirt, der sich öffnet, sobald das Wasser unter ein bestimmtes Niveau gesunken und sich schliesst, sobald das Reservoir gefüllt ist.

Ausserdem liegen auf jedem Hofe und vor der Anstatt Springhähne und kleinere Brunnen, die bei Feuersgefahr und zur Bewässerung in Anwendung kommen. Es kann nicht nur jedes Gebäude, sondern jede Abtheilung für sich durch einen Hahn abgesperrt werden, ohne hierdurch die Versorgung der anderen Räumlichkeiten zu

beeinträchtigen. Das den Küchen und Wärterzimmern zu jeder Zeit zugängliche warme Wasser wird, wie den Bädern, durch Bleiröhren aus den Unter-Reservoirs zugeführt.

Der Abfluss erfolgt mit Ausnahme der Pissoirs, wo Thonröhren es vermitteln, anfänglich durch Bleiröhren, mündet dann in eine unterirdische Thonröhrenleitung, welche an beiden Seiten der Gebäude läuft und sich schliesslich in ein Hauptrohr vor der Anstalt ergiesst, das in einem tiefen Hauptgraben endet und von dem das Wasser dem Finow-Kanal zugeführt wird.

Der gesammte Wasserbedarf beträgt bis jetzt pro Kopf gegen 5 Kubikfuss täglich.

2) Die Heizung. Es kommen 3 Arten zur Verwendung:

a. für die nur zeitweise zu erwärmende Kapelle und darunter gelegene Gesellschafts-Localität: die Luftheizung;
b. für die Kranken-Abtheilungen im 3. Geschosse, für die Werkstätten des Souterrains, für das Büreau und die Wohnräume im Oekonomie-Gebäude und in den beiden Häusern des Hofes eine in eisernen, inwendig mit Chamottsteinen ausgefütterten Schweizeröfen bewirkte gewöhnliche Steinkohlenheizung;
c. für alle übrigen Kranken- und Wohnräume der gesammten Anstalt eine Heisswasserheizung.

Die Heisswasserheizung ist nach dem Hochdruck-Systeme des Civil-Ingenieurs *Haag* zu Augsburg zur Anwendung gekommen und von demselben ausgeführt worden.

Das Princip beruht auf folgendem physikalischen Vorgange: Durch die am unteren Endpunkte erfolgende Erwärmung des in einem geschlossenen zweischenkligen Röhren-System befindlichen Wassers wird dieses leichter und voluminöser, als das Nichterwärmte und stört das hydrostatische Gleichgewicht in beiden Schenkeln. Das erwärmte Wasser steigt in die Höhe und bewirkt so lange eine Circulation, als zwischen beiden Schenkeln des Röhren-Systems eine Wärmedifferenz stattfindet. Da der eine Schenkel länger ist als der andere, und deshalb eine grössere Berührungsfläche und ein schnelleres Erkalten zeigt, so ist die Differenz und die hierdurch bedingte Circulation von längerer Dauer und Wirkung. Das System besteht hiernach aus den Heizöfen, deren Röhren-System und deren Inhalt. Die Heizöfen, für jedes Gebäude je zwei, befinden sich im Souterrain und sind von Backsteinen, innen von Chamottsteinen und mit Verankerungen aufgemauert und für vier Systeme 10′ 6″ lang und 3′ 5″ breit. Sie enthalten 8 Heizkammern, von denen je zwei von einer gemeinschaftlichen Feuerung genährt werden.

Das Röhren-System ist so zerlegt, dass jedes halbe Geschoss

für sich und ausserdem Schlaf- und Tagesräume gesondert erwärmt werden können. Die Röhren sind von Schmiedeeisen, $\frac{3}{4}$ Zoll im Durchmesser und $\frac{1}{4}$ Zoll stark. Durch Muffen, welche links- und rechtsseitige Muttergewinde haben, werden die Röhren fest in einander gepresst und durch Verschraubungen verbunden. Ihre Enden sind wechselseitig scharf und stumpf zugefeilt, so dass sich beim Zusammenschrauben der flache in den scharfen Rand fest einpasst und einen hermetischen Verschluss bildet.

Jedes einzelne Röhren-System beginnt zunächst im Ofen mit einer Spiralleitung in einer derartigen Construction, dass das Feuer seine ganze Wärme möglichst an sie abgeben muss und die Feuerzüge leicht gereinigt, die Röhren ohne Zerstörung des Mauerwerks herausgenommen werden können. Von dem obersten Theil der Spirale steigt das Steigerohr zu den einzelnen Räumen hinauf und setzt sich dann theils im Fussboden in mit gusseisernen durchbrochenen Platten bedeckten Kanälen, theils über demselben bis zum letzten Raume fort und kehrt von hier auf demselben Wege als Rücklaufrohr bis zum niedrigsten Punkte der Ofenspirale zurück. Die Röhren laufen in den Räumen sowohl an den Wänden längs den Scheuerleisten, als unter der Fensternische und bilden besonders unter dieser bis zur Höhe der Brüstung durch ein Gehäuse geschützte Spiralen, welches aus Holz mit durchbrochenen eisernen Gittern und dem Fensterbrett besteht. Am höchsten Punkte eines Röhren-Systems befinden sich ein Expansions- und ein Füll-Rohr, ersteres für die Ausdehnung des Wassers, letzteres zum Nachfüllen des consumirten Wassers bestimmt. Das in den Röhren befindliche Wasser wird in der Feuerung auf 120—130° Réaumur erhitzt und circulirt in der angegebenen Weise. Es muss während der Heizungsperiode alle 3 Wochen nachgefüllt und 2 bis 3 Mal ausgepumpt und ersetzt werden. Letzteres wird durch eine in der Nähe des Heizofens befindliche Druckpumpe bewirkt, die mit der Wasserleitung communicirt. Wird ein Röhren-System während des Winters nicht in Betrieb gesetzt, so wird es mit Glycerin gefüllt oder ganz entleert.

Die Luftheizung wird durch einen Heiz-Apparat bewirkt, der sich in der im Souterrain gelegenen 7 Fuss 6 Zoll breiten, 8 Fuss 3 Zoll langen und 8 Fuss hohen Heizkammer befindet. Er besteht aus einem, von gusseisernen mit Flantschen versehenen Platten gebildeten länglichen Kasten, der innen mit Chamottsteinen ausgemauert ist. Auf ihm befindet sich ein gusseisernes, mit Wasser gefülltes Behältniss von 3 Fuss Länge, 2 Fuss Breite und 4 Fuss Höhe, aus dem ein Rohr aus der Heizkammer abgeht, welches das

Nachfüllen aus einem rohen Hahn der Wasserleitung vermittelt. Aus jenem Kasten werden gusseiserne, 8 Zoll weite Röhren mehrmals hin und zurück zu beiden Seiten geleitet und zuletzt in den Rauchkanal geführt.

Die kalte Luft wird der Heizkammer durch einen weiten Kanal, dessen Oeffnung sich unter dem Heiz-Apparat befindet, zugeführt, ausserdem gelangen aus dem grossen Gesellschaftssaale 2—15 Zoll im Quadrat weite Kanäle in die Heizkammer und durch sie nach unten die in den Sälen abgekühlte, nach oben die erwärmte Luft. Letztere steigt jedoch hauptsächlich durch vier 15 Zoll im Quadrat weite Luftkanäle aus der Heizkammer in die Räume, auf jeder Seite zwei, von denen je einer für den kleinen Gesellschaftssaal und die Kapelle gemeinschaftlich bestimmt ist. Kapelle und kleine Gesellschaftssäle werden, ihrer getrennten Verwendung gemäss, nie zusammen erwärmt, vielmehr müssen beim jedesmaligen Gebrauch die mit Gittern verschliessbaren Oeffnungen des anderen Theils abgesperrt werden.

Die verdorbene Luft endlich entweicht aus den kleinen Sälen durch vergitterte Oeffnungen im Fussboden, von wo Luftgänge bis unter das Dach sich erstrecken. Hierdurch wird überall eine reine und nicht zu trockene Luft bezweckt und erzielt.

3) Bäder. Jedes Gebäude hat seine besondere Bade-Einrichtung, jedes Geschoss sein Bad. Dieses ist gewölbt, mit Asphalt gedeckt und hierüber mit einem auf hölzernen Lagern ruhenden Lattenboden versehen. Der Fussboden hat Gefälle und leitet durch eine vergitterte Oeffnung das Wasser in die Entwässerung. Die Badewannen sind in den Isolirhäusern (E) von emaillirtem Gusseisen, sonst überall von Zink, mit Holzverkleidung umgeben und so in den Boden gesenkt, dass Ein- und Aussteigen bequem wird.

In den Bädern mit 2 Wannen sind diese durch eine hölzerne Scheidewand, 6 Fuss hoch, 9 Fuss lang, getrennt, die auf eine 6 Fuss lange hölzerne Querwand stösst. An den letzteren laufen die Zuleitungsröhren für kaltes und warmes Wasser nebeneinander. Sie sind mit besonderem Hahn zum Abschluss verbunden, nähern sich dann und münden in eine gemeinschaftliche Ausflussröhre mit einem Haupthahn. Derselbe befindet sich in der Mitte des Fussendes beider Wannen, unter ihm ein doppeltes Becken. Der Haupthahn hat oben einen Ansatz für einen Schlauch zur Brause, in den das Wasser durch Drehung des Hauptschlüssels gelangt.

Das kalte Wasser kommt aus der Wasserleitung, das warme aus dem auf dem Dachboden gelegenen, bereits erwähnten Reservoir.

Die Erwärmung findet nach dem Princip der *Haag*'schen Heiss-

wasserheizung durch den im Souterrain neben den Kloaken errichteten, ähnlich construirten Badeofen statt. Aus ihm steigen die Röhren durch die Baderäume, wo sie in Verschlägen zum Erwärmen und Trocknen der Wäsche in Schlangen sich winden, zum Reservoir hinauf und gelangt von hier das heisse Wasser durch eine besondere Röhre unmittelbar ins Bad.

Werden nun die beiden Hähne des kalten und warmen Wassers geöffnet, so fliesst das gemischte Wasser durch den Haupthahn ins Becken und von hier durch ein Rohr in die Wanne. Aus ihr wird das gebrauchte Wasser durch die am Kopfende befindliche Oeffnung abgeführt. Dieselbe ist mit einem messingenen Drahtsieb versehen und durch ein an der Seite der Wanne liegendes Ventil geschlossen, das ein von der hölzernen Bekleidung angebrachter Hebel regulirt.

4) Aborte. Das Princip der *d'Arcet*'schen überall, ausser im Verwaltungsgebäude und den hinteren Pensionair-Abtheilungen, wo die Bauart es verbot und Water-Closets ihre Stelle einnehmen, in Anwendung gekommenen Latrinen beruht auf hinreichender Ventilation und auf Scheidung der flüssigen von den festen Excrementen.

Ersterem Zwecke dient gleichzeitig der im Souterrain befindliche Badeofen; zu letzterem Behufe ist die dabei liegende Kothgrube, in die aus 2 Geschossen 4 Kothröhren hinabführen, besonders construirt. Sie ist in Cement gemauert und gewölbt, nach allen Seiten mit einer Isolirschicht umgeben, ihr gepflasterter Boden fällt nach hinten stark ab. Dort ist die durch eine durchlöcherte Cementplatte geschützte Abflussöffnung und fliesst sodann der Urin durch ein 8 Zoll weites Thonrohr der ausserhalb des Gebäudes und vor der Kloake liegenden Jauchgrube zu. Bei der Räumung, welche alle 6 Monate erfolgt, wird ihre nach aussen gelegene Vorderwand, welche ohne Verband zugemauert ist, aufgebrochen und nachher in gleicher Weise wieder geschlossen. Aus der Kloake führt ein Ventilations-Kanal, dessen Querschnitt dieselbe Fläche hat, wie die Kothröhren zusammengenommen, in den 2 Fuss im Quadrat weiten Rauchkanal der Badefeuerung. Dieser ist bis auf eine Höhe von 5 Fuss durch eine dünne Wand von Chamottsteinen getheilt, und hierdurch das etwaige Eindringen des Rauches in die Kothgrube verhindert. Die Ventilation der Abtrittsgrube und der oberen Latrinen geschieht dadurch, dass die in den Rauchröhren befindliche und durch die tägliche Badefeuerung erwärmte Luftsäule das Bestreben hat, nach oben auszuströmen und vermittelst Einsaugens durch die untere Oeffnung aus der Grube und durch die Kothröhren aus den Aborten Luft in einem der Temperaturdifferenz innerhalb und ausserhalb des Rauchrohres entsprechenden Verhältnisse nach sich zu ziehen.

Die Kothröhren von glasirter Porzellan-Erde sind lothrecht aufgestellt, durch Muffen in Cement verbunden und durch starke in den Wänden eingemauerte Schelleisen, welche die Röhren unter den Muffen umfassen, befestigt. Wo sie sichtbar werden, sind sie durch Holzverschläge vor Beschädigung geschützt. Jede Abtheilung hat zwei Abtritte und ein Pissoir, theils zwischen, theils neben diesen. Den Boden des letzteren bildet ein Cementstein, mit einer länglichen Vertiefung in der Mitte und einem hierhin gerichteten Gefälle. Seine Wände sind bis auf 3½' Höhe mit Schieferplatten bekleidet und geht die dem Kranken zugekehrte Platte bis in die Vertiefung, lässt jedoch einen Zwischenraum von ½ bis ¾", um den Urin nach dem dahinter gelegenen Wasserverschluss abzuführen und das Hineinstecken von Gegenständen zu erschweren oder zu erkennen.

Oberhalb der Schieferplatte steht ein Wasserhahn, aus dem das Pissoir durch Einsetzung eines Schlauches in die Verschraubung gespült wird.

Die mit einem Sieb versehene Abflussöffnung, welche den Urin in Thonröhren zum Entwässerungskanal abführt, ist den Kranken unzugänglich. Sie liegt theils unter dem Sitz des neben befindlichen Abtritts, theils unter einer Klappe, theils, wie in D, in einem Verschlage und wird durch einen Wasserverschluss vor dem Emporsteigen des Geruchs aus der Leitung geschützt.

5) Dampfküche. Die oben gedachten Kochgeschirre liegen nebst dem Kartoffelsieder längs der linken Wand.

Den inneren kupfernen und verzinnten Kessel umgiebt ein grösserer von Gusseisen, der mit ihm derartig luftdicht verschraubt ist, dass zwischen beiden ein hohler für die Dämpfe bestimmter Raum entsteht.

Die Kessel stehen mit gusseisernen Füssen auf gemauerter Unterlage und sind vorn und oben mit Eisenplatten bekleidet. Zur Füllung haben je 2 Kessel einen beweglichen Kaltwasserhahn zwischen sich, jeder Kessel zwei Hähne zum Einlassen des Dampfs und zum Ablassen des condensirten Wassers und ein Luftventil. Vor ihnen liegen in einem mit Granitplatten bedeckten Kanal des Fussbodens das Dampfzuleitungsrohr und das Abflussrohr für das condensirte Wasser. Sind die Kessel gefüllt, so werden die auf 1½ bis 2 Atmosphären gespannten Dämpfe mittelst des nahe der Thür gelegenen Hauptventils in das Hauptzuleitungsrohr und in sämmtliche Zweigröhren geleitet, sodann der Wasserhahn und darauf der Dampfhahn in den Kesseln geöffnet. Der in den Luftraum eintretende Dampf verdrängt die eingeschlossene Luft und fliesst tropfbar niedergeschlagen durch den hiernach gestellten Ablasshahn ab. Binnen zwei

Minuten kocht das Wasser in den kleineren Kesseln, in dem grössten von 300 Quart binnen 20 bis 25 Minuten. Das condensirte Wasser fliesst in das Abflussrohr und durch einen Condensator in das im Keller befindliche schmiedeeiserne Reservoir und wird von hier durch eine Röhrleitung durch eine an der Dampfmaschine befindliche Pumpe nach oben befördert und zum Speisen der Dampfkessel benutzt.

Der unter dem Hauptventil angebrachte Kartoffelsieder besteht aus einem schmiedeeisernen Kessel mit einem trennbaren Deckel, der durch einen Patentflaschenzug mit den darunter befindlichen Kartoffelkörben in die Höhe gehoben und beliebig gestellt werden kann. Zu diesem Behufe ist am Deckel ein eisernes Gestell mit 4 Abtheilungen befestigt, in welches die halbkreisförmigen Kartoffel-Drahtkörbe gefüllt über einander gesetzt werden. Im Kessel ist die Oeffnung für den Dampfzufluss oben, und für den Abfluss des condensirten Wassers unten.

Nach der Füllung wird der Deckel herabgelassen und durch Flügelmuttern mit dem Kessel fest verschraubt, sodann der Dampf hineingeleitet, der die Kartoffeln binnen 15 Minuten garkocht.

Sowohl das Zuleitungsrohr für den Kessel, als desjenige für den Kartoffelsieder ist mit einem Sicherheits-Ventil versehen, nach denen bei zu hoher Spannung der Dämpfe ihre Zuströmung im Haupt-Ventil regulirt wird.

6) Dampfwäsche. Das Kochen der Wäsche bewirken die 4 schmiedeeisernen Kessel, das Ausringen die Centrifugal-Maschine, die Schnelltrocknung der in der Nebenkammer eingerichtete Apparat.

Die Kessel, von denen zwei 4' 6'' hoch und 4' im Durchmesser sind, zwei 3' hoch und 2' im Durchmesser, stehen auf einer gemauerten Unterlage und sind behufs längeren Reservationsvermögens mit einem 5'' starken gemauerten und mit Cement geputzten Mantel umgeben, und haben zwischen denselben eine Luftschicht. Ueber dem Boden ist ein hölzernes Gitter angebracht, worauf die Wäsche gelegt und durch einen ähnlichen hölzernen Deckel herabgedrückt wird. Hierdurch bildet sich unter und über ihr ein Zwischenraum. Der eiserne Deckel des Kessels ist an der Decke mit Rollen aufgehängt und wird durch ein an der Wand herabgeführtes gleich schweres Gewicht in jeder Höhe erhalten oder herabgelassen, und dann auf dem Kessel durch Flügelmuttern befestigt.

Das Hauptdampf-Zuleitungsrohr ist durch einen Haupthahn zu reguliren und abzuschliessen und giebt für jeden Kessel zwei oben und unten einmündende und mit besonderem Dampfventil versehene Röhren ab. Zum Ablassen der sich nachher condensirenden Dämpfe dient ein auf dem Deckel aufgesetztes Rohr, welches mit einem an

der Wand laufenden 4" weiten Rohre und durch dieses mit der Entwässerung communicirt, zum Auslassen des schmutzigen Wassers ein am Boden des Kessels angebrachter Ablasshahn, wodurch jenes gleichfalls zur Entwässerung gelangt.

Ausserdem stehen die Kessel mit der Warm- und Kaltwasser-Leitung in Verbindung. Nachdem die Wäsche nun eingepackt und gewässert, wird der Deckel geschlossen und das Dampfventil geöffnet. Hat das Kochen einige Stunden angedauert, so wird durch den Ablasshahn das schmutzige Wasser entfernt und warm oder kalt Wasser so lange zugelassen, als jenes noch unrein ist.

Sodann wird die Wäsche herausgenommen und, falls sie hinreichend sauber, in der Centrifugal-Maschine ausgerungen, sonst aber, was in der Regel der Fall, vorher noch in den Cementbassins gespült oder in gewöhnlicher Weise nachgewaschen. Jene stellt ein gusseisernes dreiarmiges Gestell mit einem inneren kupfernen, einem äusseren Schmiedeblech-Cylinder und dem aus Frictionsscheiben zusammengesetzten Triebwerk vor. Der innere Cylinder, in welchen die Wäsche gelegt wird, ist nach oben etwas eingezogen, mit feinen Oeffnungen siebartig versehen und hat eine durchlaufende eiserne Welle, deren Zapfen mit der Frictionsscheibenwelle in Berührung steht. Letztere wird durch eine Handhabe von der Riemscheibe der Maschine rotirt.

Der äussere Cylinder hat zwischen sich und dem inneren einen Zwischenraum von 2" und zur Abführung des Wassers am Boden ein Rohr.

Es finden bei der Thätigkeit des Maschinenriems 800 Rotationen in einer Minute statt, und genügen 10 Minuten, um die Wäsche handtrocken zu machen. Dieselbe kommt darauf im Winter in den Schnelltrockenapparat. Er bildet einen hölzernen Verschlag, in welchen auf Rollen laufend rahmartige Gestelle zum Aufhängen eingeschoben werden.

Unter ihnen liegen Rohrspiralen, durch welche Dämpfe geleitet werden und die zugeführte Luft auf 40 bis 50° Réaumur erwärmen.

Der im Maschinenhause aufgestellte Ventilator treibt durch einen unterirdischen Kanal, der sich unter dem Apparat in kleinen Oeffnungen verästelt, von aussen die kalte Luft in die Röhren. Diese durchdringt erwärmt die Wäsche und strömt mit Wasser gesättigt aus einer oben angebrachten Oeffnung ins Freie.

Dieser Process dauert an und trocknet die Wäsche binnen einer Stunde.

Bei gutem Wetter kann der auf dem mittleren Dachboden angelegte Trockenboden, auf den die Wäsche durch eine Winde hin-

aufgeschafft wird, den vorigen Apparat ersetzen. Ein stetiger Luftzug wird hier durch grosse jalousieartige Fenster erzielt.

7) Erleuchtung. Das hiezu dienende Gas wird in einem grossen und starken Rohre aus der städtischen, in der Vorstadt gelegenen und ½ Meilen entfernten Gasfabrik unter der Sohle des Finow-Kanals und der Neustadt-Wriezener Eisenbahn zugeführt. Das Hauptrohr hat an der rechten Seite des Central-Gebäudes seinen Hauptverschluss und vertheilt sich dann in einzelnen Strängen nach allen Gebäuden und der hinteren Pforte, und ist sowohl für die Gebäude als die einzelnen Geschosse, respective Wohnungen durch Separathähne abzusperren. Die Gasuhr befindet sich nebst einem Regulator für das Zuströmen im Souterrain neben der Wohnung des Portiers.

In der ganzen Anstalt sind über 600 Flammen vorhanden, als Strassenbrenner, Schottische oder Argandbrenner, einzeln und frei, oder in Glocken, Laternen, Kandelabern, oder in grossen oder kleinen Kronen. Sie sind in den Krankenhäusern in einer solchen Höhe vom Erdboden oder so geschützt angebracht, dass sie schwer zu erreichen bleiben.

Der Gasverbrauch pro 1866 erreichte noch nicht eine Million Kubikfuss.

Kritik. Unsere binnen 2 Jahren und 8 Monaten erbaute und in ihren Haupttheilen und Einrichtungen fertig hergestellte Anstalt bietet nach dem einstimmigen Urtheile der Sachkundigen, welche sich ihrer Besichtigung und Prüfung unterzogen, so viele Vorzüge, dass sie sich einer unbefangenen Kritik ihrer Gesammtheit und ihrer Einzelheiten getrost unterwerfen kann.

Eine solche wird, da, wo viel Licht, auch der Schatten nicht fehlt, neben grossen Fortschritten, welche Wissenschaft und Erfahrung, durch kein materielles Hinderniss beschränkt, hier zu verwirklichen suchten, auch die unparteiliche Erwägung einzelner Inconvenienzen nicht ausser Acht lassen dürfen, die sich bei ihrer seitherigen Benutzung herausgestellt haben.

In gesunder freier Lage, in freundlicher Umgebung, der Nähe bequemer Communicationen und gleichwohl fern von lärmendem Verkehr, mit reichlichem guten Wasser und einem grossen, zu den mannigfachsten Beschäftigungen geeigneten Areal ausgestattet, bietet der eben so stattliche und geschmackvolle, als solide Bau mit seinen hohen Räumen und seinen technischen Einrichtungen ein würdiges Asyl für seine Insassen und alle Elemente einer erfolgreichen Wirksamkeit.

In seiner einfachen, natürlichen und bequemen Gliederung, in der Trennung der Kranken nach Geschlecht, Bildung und Krankheits-

form, mit den breiten zu Tagesräumen benutzten Corridoren und den hieran sich schliessenden Sälen, seinen Isolirhäusern und Zimmern, seinen grösseren und kleineren Schlafräumen, seinen in jedem Geschoss vorhandenen Bädern, seinen vielen Gärten innerhalb und ausserhalb der Gebäude einerseits, und seiner mannichfach zur Verwendung gekommenen Technik andererseits hat die Provinzial-Irrenanstalt die bewährtesten Normen der neuesten deutschen, schweizer und holländischen Anstalten zu verwirklichen und mit denjenigen der englischen und amerikanischen Institute zu verbinden getrachtet.

Dampf und Gas, diese alle Verhältnisse durchdringenden Hebel, leiten den Betrieb und prägen ihr somit auch hierin die Signatur der Zeit auf.

Prüfen wir daher vor Allem, wie die neue durch sie hervorgerufene Technik sich bewährt, und ob sie, was sie nur darf, Mittel und dienendes Werkzeug geblieben, oder über andere wichtige Gebiete eine Suprematie sich anmaasste. Beginnen wir mit der Gewinnung, Leitung und Benutzung des Wassers.

Ihre Anlagen verdienen, da kleinere hervorgetretene Unzulänglichkeiten nur der Schuld des Arbeiters zufallen, nach allen Richtungen hin eine gerechte Anerkennung, genügen jeder Anforderung der Hygieia in vollem Maasse und erleichtern den früher sehr mühsamen Betrieb in hohem Grade. Vortrefflich ist die Vertheilung der Röhren, sei's für central-ökonomische Zwecke, sei's für den Bedarf der Krankenstationen zum Trinken, Waschen und Baden. Dass alle Geschosse ihre höchst zweckmässig und sinnreich eingerichteten Bäder besitzen, ist eine hoch zu schätzende, bis jetzt noch seltene Errungenschaft. Ihre Gewinnung ist ausserdem so schnell und billig, dass in einer Badeeinrichtung binnen 25 Minuten 25 Bäder mit einem geringen Kohlen-Consum gegeben werden können.

Ein weniger günstiges Resultat scheint beim Erwägen unverkennbarer einzelner Schattenseiten die für die Anstalt neu in Anwendung gekommene centrale Heizung zu gewähren.

Denn sie ist nicht billig in der Anlage und über die gehegte Erwartung theuer in dem Betriebe. Und doch ist sie ein Ergebniss der eingehendsten Studien des Architekten und dirigirenden Arztes, wurde von ihnen zu einem Hauptgegenstand bei ihrer gemeinschaftlichen Rundreise gemacht und nach sorgsamster Ueberlegung gewählt. Hiebei handelte es sich zunächst um die Wahl einer Ofen- oder centralen Heizung.

Im ersten Falle hätte man sich, dem Klima, der Gewohnheit und der minderen Gefährlichkeit entsprechend, für gewöhnliche schwedische Kachelöfen mit luftdichten Thüren entschieden. Sie

bieten den Vortheil dar, dass sie, in der Anlage billiger, von dem eigenen Wärter- und Kranken-Personal bedient werden, und nach Bedarf die einzelnen Räume beliebig heizen, und eine angenehme, allmählig zu- und abnehmende Wärme erzeugen können, hingegen zugleich viele andere, schwer ins Gewicht fallende Nachtheile. Die grosse Gefahr so vieler einzelner Feuerstellen an sich, in Bezug auf Rauch, Entwickelung von betäubenden Gasen, Entstehung von Bränden, Explosionen, die Absorption so vieler Kräfte zur Heranschaffung des Materials, Heizung, Reinigung, sowie Beaufsichtigung unruhiger und unvorsichtiger Kranken, die schwierige Aufbewahrung so colossaler Torfmassen, die alljährlichen Reparaturen, der hierbei für Zimmer, Treppen, Corridore unvermeidliche Schmutz, die Theuerung des gegen 300 meist grosse Kachelöfen speisenden geeigneten Brennmaterials, was nur in gutem Linumer Torf gefunden werden konnte, wurden als so überwiegende Gebrechen erkannt, dass man nach pflichtmässiger Ueberzeugung von Kachelöfen abzusehen und für eine centrale Heizung sich zu entschliessen nicht umhin konnte. Die in der in ähnlichen Dimensionen erbauten neuen Irrenanstalt zu Bunzlau mit Kachelöfen neuerdings gemachten Erfahrungen, die den dortigen Directer zum offenen Ausdruck des Bedauerns über ihre Verwendung veranlasst haben, bestätigen unzweideutig die Richtigkeit unseres damaligen Entschlusses. Da die bei den Heizungen mit Luft in der seitherigen Construction vorliegenden Resultate wenig befriedigen und vor neuen Versuchen in stätig benutzten Wohn- und Schlafräumen auch aus Gründen der Hygieine warnen, eine solche auch im Bau-Programm ausgeschlossen war, so erübrigte nur die Wahl zwischen den damals für öffentliche und Privathäuser in den Vordergrund tretenden und bestens empfohlenen zwei Systemen, der Hoch- und Niederdruck-Heisswasser-Heizung, von denen jedes seine Eigenthümlichkeiten, seine Vorzüge und Mängel bekundet. Sie haben das Gemeinsame, dass ihre Heizheerde den Kranken unzugänglich in abgeschlossenen und überwölbten Heizräumen des Souterrains liegen und dass sie, von geschulten Arbeitern bedient, in den Betrieb der Krankenpflege nicht störend eingreifen, die Luft in nicht austrocknender Weise erwärmen, sehr sauber und wenig feuergefährlich sind. Dem Niederdruck-System ist es eigen, dass es vermöge seines grösseren Wasserquantums eine constantere und gleichmässigere Wärme erzeugt und geringeres Brennmaterial erfordert, als der Hochdruck, während dieser, der Wirkung der eisernen Oefen (doch ohne Bildung von Ozon-Gas) analog, in seinen Röhren ein geringeres Reservations-Vermögen besitzt, schneller sich abkühlt und grössere Temperatur-Unterschiede darbietet, als ersteres, und der

Lüftung durch Oeffnen der Fenster Beschränkungen auferlegt. Es erheischt meist ein mehrmaliges Heizen, lässt nur vor- und nachher auf kurze Zeit das Lüften der Fenster zu, erfordert eine gewisse Vorsicht, dass das Wasser in den Röhren nicht gefriert und Explosionen der Röhren herbeiführt und gestattet nur unter erheblichen Mehrkosten die Absperrung der Feuerung für einzelne Zimmer. Dahingegen ist die Differenz des Anlage-Kapitals eine enorme, der Niederdruck um das 3fache theurer, als der Hochdruck und deshalb wohl bei Privatwohnungen und beschränkten öffentlichen Zwecken verwendbar, nicht aber für so colossale Räume, wo die von den Fabrikanten übernommene Lieferung der Röhren und des Apparats allein 26,000 Thlr. erfordert hat, und wo man zu einer Bewilligung des Dreifachen wohl schwerlich eine Aussicht gehabt hätte. —

Ausserdem verhehlte man sich nicht, dass gerade eine vollkommen gleichmässige Temperatur für Krankenhäuser den Nachtheil hat, dass sie die Haut und Respirationsorgane bei längerer Dauer gegen jeden geringen Temperaturwechsel empfindlich machen und deshalb ein wichtiges und häufiges ätiologisches Moment für Erkrankungen darbieten muss. Und hat sich diese Annahme nach einer mir gewordenen zuverlässigen Mittheilung in Berlin in den mit Niederdruck-Sytem eingerichteten Häusern bestätigt. Mit Recht verlangt deshalb aus diesem Grunde Miss *Nightingale*, die berühmte Samariterin des Krimmkrieges und anerkannte Autorität im Gebiete der Krankenpflege, für Krankenzimmer einen ähnlichen Wechsel der Temperatur, als er in der äusseren Natur stattfindet. Aus diesen Erwägungen entschlossen wir uns für die nach *Haag*'scher Methode erfolgende Einrichtung eines Hochdruck-Systems, und dürfen nach den Erfahrungen zweier Winter trotz unverkennbarer Uebelstände die getroffene Wahl und die Ausführung durch den Fabrikanten selbst nicht bereuen.

Das Röhren-System ist durchaus solide gearbeitet und zweckmässig geleitet. Nur sehr selten sind durch Schuld des Heizers oder durch Lösung einer Schraube kleine Explosionen hervorgetreten und ohne Nachtheile schnell beseitigt worden. Dieselben bestanden in einem feinen Riss einer Röhre, aus dem das überheizte Wasser in Dampfform, jedoch in geringer Quantität und in unschädlicher Weise, herausgetrieben wurde.

Mehr Reparaturen machen die Oefen, sei's in Folge der ersten Anlage, sei's durch die regelmässige Abnutzung, oder in Folge noch nicht vollkommen geregelter Bedienung, und ist der Bedarf für Roste, Zungen, Chamottsteine und Mauerarbeiten nicht unbeträchtlich. Wir können jedoch die bisherigen ersten Erfahrungen nicht als maassgebend betrachten, da bereits im zweiten Winter in Folge besserer

Bedienung ein Durchbrennen der Roste gar nicht, eine Beschädigung der Oefen im Winter nur in geringem Maasse vorgekommen ist. Die unangenehmste Beigabe war und ist jedoch für uns die Ausgabe für Kohlen und für das Betriebs-Personal. Man wird immerhin den jährlichen Kohlen-Consum für die Heizungen auf circa 300 Last bester Schotten-Kohlen, welche sich nach wiederholten sorgsamen Prüfungen als das geeignetste Brennmaterial erwiesen haben, annehmen müssen, und kann in kalten Wintern noch auf mehr gefasst sein. Vielleicht gelingt es jedoch durch Tapeziren der Aussenwände und der Decken, sowie durch allmählige Versorgung der Endpunkte mit Doppelfenstern, durch Anlage eines festen Kohlenschuppens, der bisher von uns nur in sehr primitiver Weise provisorisch errichtet ist, durch noch bessere Einschulung des aus 5 Mann bestehenden Personals den Consum zu beschränken. Abgesehen hiervon haben wir, da die beschränkte Ventilation bei unseren hohen Räumen nur selten empfunden wird, die erzeugte Wärme besonders auch in den Privatwohnungen, trotz des Wassers als eine nicht trockene und sehr angenehme erprobt und deshalb, wie erwähnt, die Einführung des Hochdruck-Systems, welche unter den gegebenen Verhältnissen für die allein zulässige centrale Hauptheizungsart erachtet werden muss, nicht zu bedauern. Wir behalten uns vor, unsere ferneren Erfahrungen und Resultate zeitschriftlich mitzutheilen. Für die nur zeitweise zu benutzende Kapelle und Gesellschafts-Localität ist aus Rücksicht auf die billigere Anlage eine Luftheizung von einem Breslauer Fabrikanten eingerichtet worden. Auch diese bewährt sich in ihrer Wirkung, consumirt jedoch gleichfalls, indem für die Erwärmung der Kapelle allein jedesmal 10 Scheffel Kohlen und dem entsprechend für die anderen Räume erfordert werden, ein erhebliches Quantum Brennmaterial. Die Kapelle wird nur 2 mal wöchentlich gebraucht, Sonntags und Mittwochs; bei täglicher Heizung würde sich jedenfalls der Kohlenverbrauch verhältnissmässig vortheilhafter stellen.

Die Construction der Dampfküche erweist sich vortrefflich und giebt nur zu der einen Ausstellung Anlass, dass der im ärztlichen Programm geforderte Reserve-Kochheerd, für die Eventualitäten der Störung in der Maschine und der Dampfleitung berechnet, fehlt. Diesem Mangel muss bald thunlichst abgeholfen werden, da derartige Gebrechen voraussichtlich immer 'mal eintreten werden und dann ohne Reserve-Maschine die Darreichung warmer Speisen für die Mehrzahl unserer Bewohner vorläufig aufhören müsste.

Bei der Dampfwäsche entspricht nur die Wirksamkeit der Centrifugal-Maschine und des Schnelltrocken-Apparats der Erwartung

vollkommen, die durch das Kochen in den Kesseln, deren Construction ohnehin eine complicirte ist, erreichte Reinigung macht nur bei gröberen Stoffen die sonstigen Proceduren der Wäsche entbehrlich. Sie muss grösstentheils vorher geseift und in Bottichen gewaschen, und nachher noch gründlich gespült werden, erfordert demnach trotz des Dampfkessels viel Zeit und Arbeitskräfte.

Vorzüglich haben sich ferner die Latrinen à la *d'Arcet* bewährt, sie erweisen sich in der That geruchlos und liefern ausserdem ein beträchtliches Düngungs-Quantum, während bei den wenigen Water-Closets bereits häufig Uebelstände zu beseitigen waren. Die Erleuchtung durch Gas giebt jetzt, nachdem einige Aenderungen in der anfänglich zu niedrigen Mündung der Gasarme und zu ihrem Schutze getroffen sind, zu keinem Bedenken Raum. Die Kranken gewöhnen sich an sie leicht und enthalten sich der Beschädigungen. Sie hätte, da wir für 1,000 Kubikfuss bei einem Verbrauche bis zur Million 2 Thlr., bis 1½ Million 1 Thlr. 25 Sgr., und erst darüber 1 Thlr. 22½ Sgr. an die Stadtkasse zu zahlen haben, in eigener Regie billiger beschafft werden können, indessen sind wir doch recht froh, dass wir von einer neuen technischen Selbstverwaltung verschont geblieben sind. Denn, wenn wir hiernach den technischen Neu-Einrichtungen im grossen Ganzen das Lob zweckmässiger Construction und tüchtiger Ausführung gerne zugestehen, sie als werthvolle Errungenschaften begrüssen, welche den gesammten ökonomischen Betrieb erheblich erleichtern und wichtige Zwecke der Krankenpflege wesentlich fördern, so bedarf es gewiss keiner weiteren Darlegung, dass durch sie der Direction ein gut Theil Mühe und Sorge zugewachsen ist. Gleichwohl constatiren wir, dass die Technik ihre Aufgabe erkannt und sich nur als gleichberechtigtes Glied in unseren Verwaltungs-Organismus eingefügt hat und dienendes Mittel geblieben, sowie, dass ihr Personal sich der allgemeinen Disciplin und Hausordnung willig unterordnet.

Erklärung der Abbildungen auf Taf. VII. bis IX.

Taf. VII. Der Grundriss des Erdgeschosses.

- **A. Verwaltungsgebäude.**
- **B. Pensionär-Gebäude.**
- **C. Heilanstalt für gewöhnliche Stände.**
- **D. Pflegeanstalt für gewöhnliche Stände.**
- **E. Isolirgebäude.**
- **F. Küche und Waschhaus.**
- **G. Kleinere Oekonomiegebäude.**

Taf. VIII.

- **Fig. 1. Grundriss und Durchschnitt des Pissoirs, des Closets, des Bades und Ankleide-Raumes.**
- **Fig. 2. Grundriss der Closet-Grube, des Badeofens und des Heizraumes.**
- **Fig. 3. Querdurchschnitt der Closet-Grube mit dem Ventilations-Schornstein.**
- **Fig. 4. Durchschnitt der Closet-Räume beider Geschosse und der Closet-Grube.**

Taf. IX. Situations-Plan.

der Correspondenz, der Tagesordnung, Original-Mittheilungen, Recensionen, Relationen, Discussionen, Vertheilung von Aufträgen und Schriften. Jedes Mitglied verpflichtet sich zur Mittheilueg einer Arbeit im Laufe des Jahres, mindestens der Relation über eine in den letzten beiden Jahren erschienene Schrift, sei es zum mündlichen Vortrage in der Sitzung oder zur Veröffentlichung in dem Organe des Vereins.

§. 6. Organ des Vereins: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.

§. 7. Abänderungen des Statutes können nur von der General-Versammlung mit 2 Drittel der Stimmen aller Anwesenden beschlossen werden.

Zum Vorstande wurde darauf als Vorsitzender Dr. *Laehr*, als Secretär Dr. *Ideler* gewählt und die Sitzungen für das nächste Jahr am 14. December d. J., 15. März und 14. Juni zu Berlin festgestellt.

Demnach wurden noch folgende Mittheilungen mit Dank entgegengenommen:

Dr. *Wendt* sprach über ophthalmoskopische Veränderungen bei Gehirnkrankheiten und hob namentlich 3 Formen von Sehnervenveränderungen als besonders wichtig hervor. 1) Die von *v. Graefe* als „Stauungspapille" beschriebene neuritische Veränderung des intraoculären Sehnervenendes, welche durch Steigerung des intracraniellen Druckes verursacht wird und namentlich bei Geschwülsten in der Schädelhöhle vorkommt, 2) die *neuro-retinitis descendens*, welche aus encephalitischen oder encephalomeningitischen Processen an der Hirnbasis entspringt, und 3) die Sehnervenatrophie (weisse Entfärbung), welche aus beiden vorhergehenden Processen, aber auch selbständig entsteht und bei verschiedenen Gehirnkrankheiten vorkommt. — *W.* sah bei Geisteskranken nur die letztere Form und zwar bisher 6 Mal. 3 Fälle, welche zur Section kamen, wurden ausführlicher mitgetheilt. In dem ersten, mit rapid eintretender Erblindung, fand sich ein gänseeigrosses Spindelzellensarcom in der rechten vorderen Schädelgrube; der zweite war mit einer ausgedehnten grauen Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge verbunden und der dritte, anscheinend aus äusseren Insulten (Zerren des Auges u. dgl.) entstanden, bot eine auffallende Verkleinerung des rechten vorderen Vierhügels bei gleichzeitig mikroskopisch stärker ausgesprochener Atrophie des linken Sehnerven dar.

Eine möglichst ausgedehnte Anwendung des Augenspiegels, als für die Diagnose wichtig, sei bei Gehirnkrankheiten überhaupt dringend zu empfehlen, auch bei solchen Fällen, in denen Sehstörungen nicht vorhanden sind. Als Beispiel dafür, wie wenig oft das Seh-

vermögen bei schweren Läsionen der Sehnerven beeinträchtigt ist, wird schliesslich ein Fall von *v. Graefe* mitgetheilt (Archiv für Ophth. XII. 2.), in welchem auf dem rechten Auge ein scharfes Sehvermögen und ein völlig normaler Augenhintergrund bestand, obgleich der betreffende *nerv. opt.* sowohl, als auch das *chiasma* in einem ausgedehnten Sarcom völlig untergegangen war, während auf dem linken Auge eine Orbitalgeschwulst *neuro-retinitis* mit fast vollständiger Blindheit verursacht hatte. —

Dr. *Arndt* machte Mittheilungen von seinen Untersuchungen über den Bau der Grosshirnrinde. Diese Untersuchungen giebt derselbe indessen keineswegs als schon abgeschlossene und erlaubt sich für jetzt nur in Betreff der Anordnung der nervösen, speciell der zelligen Elemente und der Vertheilung der Blutgefässe ein bestimmteres Urtheil zu fällen.

Während man makroskopisch mit *Kölliker* 3—5 Schichten unterscheiden könne, glaubt *A.* mikroskopisch bei einer Vergrösserung von 250—300 Mal an dünnen Schnitten immer 5 Schichten erkennen zu können. Die oberste derselben besteht aus einem dichten Geflecht kreuz und quer, aber der Hirnoberfläche parallel verlaufender Fasern und entspricht der dünnen Lage weisser Substanz, welche die Aussenfläche der *gyri* überzieht. Die zweite Schicht besteht aus einem körnig faserigen Gefüge, der *neuroglia*, welche auch in den folgenden Schichten die Hauptmasse bildet, mit im Ganzen sparsam eingestreuten, kleinen, mehr oder weniger unregelmässigen, blassen, mit einem oder mehreren glänzenden Kernkörperchen versehenen Kernen, zwischen denen sich breite und Nervenfasern nach allen Richtungen verbreiten. Ein Theil dieser Fasern verläuft in der erwähnten Faserschicht, ein anderer biegt schlingenförmig um, die bei weitem meisten entziehen sich der ferneren Beobachtung. Diese beiden Schichten scheinen der weissen Schicht *Kölliker*'s zu entsprechen.

Die dritte Schicht setzt von der eben besprochenen ziemlich scharf ab und kennzeichnet sich durch ihren grossen Reichthum an Kernen. Dieselben, grösser als die vorigen, lagern oft in Häufchen oder Reihen von 4—6, sind sehr regelmässig rund oder elliptisch, dunkel, wenig glänzend und lassen einen oder mehrere stark lichtbrechende Kernkörperchen erkennen. Unmerklich geht diese Schicht in die vierte über, welche neben sehr wenigen Kernen lauter kleine Ganglienzellen zeigt, die ebenfalls unregelmässig zu kleineren oder grösseren Häufchen zusammendrängt, in reichstem Maasse vorhanden sind. Diese beiden Schichten entsprechen der „rein grauen Schicht" *Kölliker*'s, besitzen zwischen ihren zelligen Elementen viele Nerven-

fasern, welche theils nach der Peripherie ziehen, theils horizontal verlaufen, theils schlingenförmig umbiegen. Eine stärkere Anhäufung horizontaler Fasern findet sich an ihrem dem Centrum zugewandten Ende und trennt sie von der fünften letzten Schicht, der „grauröthlichen“ *Kölliker's*. Bei stärkerer Entwickelung kann dieser Zug, worauf *K.* hingewiesen, selbst makroskopisch als weisses Stratum wahrgenommen werden.

In der fünften Schicht, welche eben so breit, ja hie und da selbst breiter ist, als die vorhergenannten zusammengenommen, finden sich die grössten Zellen der Hirnrinde vor. Doch sind diese letzteren nicht durch die ganze Dicke derselben vertheilt, sondern mehr in ihrem oberen und mittleren Theile enthalten. In den unteren Partieen, d. i. in der Nähe des Marklagers, herrschen wieder die kleinen Zellen und die dunklen, regelmässig geformten Kerne vor, welche übrigens auch in der Region der grösseren Zellen sich reichlich zeigen. Nervenfasern jeder Breite, meistens in stärkeren Zügen vereinigt, durchsetzen auch diese Schicht und zwar wie es scheint, hauptsächlich in verticaler Richtung, indem sie aus dem Marklager nach der Peripherie hin aufsteigen. Horizontal hingehende Fasern treten daneben auf. Ein breiterer Zug derselben liegt auf der Grenze des 2ten und unteren Dritttheils der Schicht und wird bei stärkerer Entwickelung, wie jener oben erwähnte, als besonderes weisses Stratum schon mit blossen Augen wahrgenommen.

Was nun die Ganglienzellen selbst betrifft, so zeigen dieselben eine ausserordentliche Gleichheit im Baue. Sie stellen Pyramiden dar mit unregelmässiger Basis und einer bald mehr, bald weniger vorgezogenen Spitze. Von jener gehen 3—4—5 zarte, dichotom getheilte Ausläufer ab, diese verlängert sich in einen einzigen, unverästelten, je nach der Grösse der Zelle bald stärkeren, bald schwächeren Fortsatz. Statt jener mehrfach vorhandenen Ausläufer der Basis, findet man hier und da, namentlich an gewissen grossen Zellen der 5ten Schicht, nur einen einzigen stärker entwickelten Fortsatz, welcher mehr oder weniger rechtwinklig und nur selten in der verlängerten Längsachse der Zelle abgeht. In diesem Falle liegen dann scheinbar spindelförmige Zellen vor. Der Fortsatz an der Spitze, der Hauptfortsatz der Zelle, welcher dem sogenannten Axencylinderfortsatz von *Deiters* zu entsprechen scheint, macht häufig nach kürzerem oder weiterem Verlaufe kurze oder weite Umbiegungen, welche hie und da sowohl an Schnitten, wie an Macerationspräparaten erkannt werden können, und scheint in dunkelrandige Nervenfasern überzugehen. Die gesammten Zellen liegen nun so in die *neuroglia* eingebettet, dass ihre Basis nach dem Marklager, ihre Spitze nach der

Hirnoberfläche gerichtet ist. Die aus dem Marklager in die graue Substanz eintretenden Nervenfasern können deshalb nicht in gerader Richtung zu denselben gelangen. Der wahrscheinliche Zusammenhang derselben mit ihnen dürfte deshalb durch jene schlangenförmigen Umbiegungen vermittelt werden, denen man in den oberen Regionen der grauen Substanz begegnete und deren Wesen und Bedeutung bisher vollständig unerklärt geblieben. Dagegen dürften die aus der oberflächlichsten Faserschicht herabsteigenden Fasern ohne Weiteres in die Hauptfortsätze übergehen. Was aus den Basalfortsätzen wird, lässt sich nicht im Entferntesten angeben. Ob sie zu Verbindungen der einzelnen Zellen untereinander dienen, so verführerisch es ist, dies anzunehmen, so sehr manche Bilder dafür zu sprechen scheinen, oder ob sie in Nervenfasern übergehen, oder in das Neurogliagewebe sich auflösen, muss offene Frage bleiben.

In Anbetracht der Kerne, welche in allen Schichten sich finden, besonders dicht aber in der 3ten Schicht lagerten, lehrt eine Vergrösserung von 400—600 Mal, dass alle dunklen, regelmässig geformten, die Kerne von Ganglienzellen, und nur jene kleinen, blassen, unregelmässigen, deren zuerst gedacht wurde, bindegewebiger Natur sind. Des Zellenprotoplasma jener ist sehr weich und leicht zerfliesslich. Deshalb kommt es bei frisch untersuchten Gehirnen oder Macerationspräparaten nicht leicht zur Anschauung, dagegen an gehärteten, namentlich mit Chromsäure oder chromsauren Salzen behandelten immer. Die Form und Lagerung auch dieser Ganglienzellen ist im Allgemeinen die schon erwähnte, und ihr Verhalten zu den Nervenfasern dürfte sich von dem jener nicht wohl unterscheiden.

Das Alles noch einmal kurz zusammengefasst, ergiebt, dass man in der Hirnrinde mit einer Anhäufung von Ganglienzellen zu thun hat, welche verschieden an Grösse und Textur darin übereinkommen, dass sie eine pyramidenförmige Gestalt besitzen, mit ihrer Basis nach dem *centrum semiovale* und mit der Spitze nach der Peripherie gerichtet sind, dass alle einen von der Spitze ausgehenden Hauptfortsatz besitzen und durch diesen nach schlingenförmiger Umbiegung desselben wahrscheinlich mit den Nervenfasern des Marklagers, oder noch mehr geradem Verlaufe desselben mit den Fasern der äussersten Hirnoberfläche in Zusammenhang stehen.

Was endlich die Blutgefässe anlangt, so stammen die Arterien aus der *pia mater* und dringen bis auf wenige Ausnahmen senkrecht in die Hirnrinde ein, durchsetzen sie in der einmal angenommenen Richtung und gehen in die weisse Substanz über, dem Zuge der Fasern derselben folgend. Hierdurch entsteht eine radienartige Anordnung und zwar der Art, dass in den *gyris* die Gefässe conver-

girend, in den *intergyris* divergirend verlaufen. In der weissen Substanz der *gyri* gehen die Stämmchen weiter, indem sie theils senkrecht nach dem *centrum semiovale* hinabziehen, theils den Verbindungsfasern der *gyri* folgend, nach verschiedenen Seiten bogenförmig auseinander weichen. In der weissen Substanz, welche durch die Verbindungsfasern der einzelnen *gyri* dargestellt wird, laufen sie parallel diesen, also auch parallel der darüber liegenden grauen Substanz und senkrecht auf die Richtung der Gefässe der letzteren. Einige dieser Gefässe durchsetzen die graue Substanz, ohne Zweige für dieselbe abzugeben. Erst im Marklager fangen sie an sich zu verästeln und zwar, indem sie sich dichotom vertheilen, und lösen sich daselbst schliesslich in ein Capillarnetz mit ziemlich gestreckten Maschen auf. Ein anderer Theil, und das ist der grösste, dringt bis zum ersten Drittheil oder auch bis zur Hälfte der grauen Substanz ein und beginnt hier seine Aeste abzugeben. Diese gehen meistens rechtwinklich ab, biegen nach kurzem, der Hirnoberfläche parallelen, Verlaufe wieder im rechten Winkel um und streben, unter Abgabe neuer Aestchen, welche, nach Auflösung zu Capillaren, zu vielfachen Anastomosen zusammentreten, senkrecht dem Marklager entgegen. Kurz vor dem Uebergange in das Marklager, oder wohl auf der Grenze selbst, kommt es zu einer abermaligen und zwar sehr reichen rechtwinkligen Verzweigung, Auflösung zu Capillaren und Anastomosenbildung. Durch diese Verzweigungen entsteht demnach ein Netz kleinster Gefässe, das, sich in den tieferen Partieen der grauen Substanz ausbreitend, über die ganze weisse Substanz hinzieht und der Ausdehnung der grauröthlichen Schicht *Koelliker*'s entspricht. Der Erweiterung der einzelnen Theile dieses Netzes und der stärkeren Injection desselben verdankt diese Schicht in gewissen anomalen Zuständen ihr rosafarbenes Aussehen, gerade so wie unter anderen Verhältnissen, durch Leere oder Obliteration der Gefässe, das hefengraue, oder schmutzig gelatinöse Aussehen derselben bedingt wird. Je nach der Dicke der grauen Rinde, welche ja nicht überall die nämliche ist, je nachdem die Verästelung früher oder später erfolgte, ist zwischen der erst- und letztgenannten Verzweigung ein grösserer oder geringerer Raum. Dieser Raum ist in einzelnen *gyris* von Gefässzweigen ziemlich frei, in anderen ist er von 2—3 durchsetzt, welche den beschriebenen in Betreff ihres Verlaufes vollkommen gleichen, in noch anderen findet ein gemischtes Verhalten statt: an einzelnen Stellen ist der Raum frei, an anderen gefässreich. Je nachdem dies Statt hat, hat man an den einzelnen Stellen der grauen Substanz nur mit zwei von einander mehr oder weniger entfernt liegenden Gefässbogen zu thun, die durch senkrechte Aestchen verbunden sind,

oder man hat 3 — 5 Gefässreihen, welche durch dichte Netze zusammenhängen. Die Abhängigkeit der Hirnrindenfunction von dieser eigenthümlichen, durchaus unregelmässigen Blutvertheilung leuchtet ein und erklärt zum Theil die grosse Reihe von Verschiedenheiten in denselben, sowohl bei dem einzelnen, als auch bei den verschiedenen Individuen. Das Capillarnetz, welches aus diesen Gefässen hervorgeht, ist sehr dicht und engmaschig und steht durch zahlreiche Anastomosen mit dem des Marklagers in Verbindung. Gegentheilige Angaben lassen sich fast an jedem Schnitt widerlegen.

Die obersten Partieen der Hirnrinde werden fast nur von Capillaren versorgt, welche direct aus den Gefässen der *pia mater* eintreten, oder aus den Gefässchen der grauröthlichen Schicht ihren Ursprung nehmen. Hie und da kommen allerdings auch Stämmchen aus der *pia mater* herein, welche, sich ebenfalls meist rechtwinklig verzweigend, an der Bildung des Capillarnetzes betheiligen; allein sie sind im Ganzen ebenso selten, wie die hie und da die graue Substanz auch einmal in schräger Richtung durchdringenden Gefässe.

Die Venen der Hirnrinde, welche sich aus den Capillaren gesammelt haben, streben in senkrechter Richtung nach der Peripherie, um in die Venen der *pia* überzugehen. Die in sie mündenden Aestchen stehen zu ihnen ebenfalls mehr oder weniger rechtwinklig, und ist daher ihre Anordnung im Ganzen die der Arterien. In Betreff nervöser Gefässe der obersten Schichten bleibt es fraglich, ob sie überhaupt für sich existiren, oder ob nicht alle stärkeren Gefässe dieser Gegend, also auch die so eben erwähnten vereinzelten Stämmchen, welche als Arterien angesprochen werden konnten, zu ihnen zu zählen seien. —

Dr. *Koeppe* demonstrirte hierauf an Präparaten und Gypsabgüssen eine bisher noch nicht beobachtete resp. beschriebene Krankheit der Nasenknorpel, die der der Ohrknorpel beim Othämatom analog verläuft. In 5 Fällen betraf sie den medianen Knorpel — Scheidewandknorpel —, in einem beide seitlichen Knorpel. Von letzterem Falle und drei der ersteren lagen die Sectionsbefunde vor. Sie wurden bei Frauen (31 — 46 Jahre alt) beobachtet, die an secundären Psychosen litten und Othämatome hatten. Bei einer fiel die Entstehung des Hämatoms des Nasenknorpels mit der des Ohrknorpels zusammen; bei einer folgte sie ungefähr 2 Monate nach diesem; bei einer war das Othämatom unbekannte Zeit vorhergegangen; bei zweien waren beide z. Z. der Beobachtung bereits in den Retractionszustand übergegangen; die beiden seitlichen Knorpel erkrankten bei einer Frau bald nacheinander in Folge wiederholter Verletzun-

gen der Nase bei epileptiformen Zufällen; ein Othämatom bestand bereits.

Bei zweien konnte der Verlauf von den ersten Erscheinungen an genau beobachtet werden. Beide Kranke befanden sich im Zustande tobsüchtiger Erregung, die Nase war roth, heiss und geschwollen, die Sprache näselnd geworden. Bei näherer Besichtigung erschien die Schleimhaut des Septum so vorgestülpt, dass sie die beiden Nasenlöcher ausfüllte; die Geschwulst liess sich bei Druck auf den unteren Theil des Nasenrückens und die Seiten prall fühlen. Im Verlauf von 5—6 Wochen war die Geschwulst der Scheidewand anscheinend verschwunden. Unterhalb des knöchernen Gerüstes aber fiel der Nasenrücken ein, beim Druck auf die Scheidewand fehlte der Widerstand des Knorpels, die Nase erschien ganz weich; bei näherer Beleuchtung sah man das Septum von hinten zu unregelmässig gewulstet.

In dem sechsten Falle bildeten sich an den Nasenflügeln Geschwülste, die hauptsächlich nach innen zu prominirten und sich elastisch fühlen liessen. Aus einer entleerte sich, als sie geöffnet wurde, geronnenes Blut; es blieb eine Höhle, in die Knorpelstückchen hineinragten. Bei der Rückbildung blieben Wulste über der inneren Fläche der Nasenflügel, so dass sie bei gewöhnlicher Stellung der Nase sichtbar waren.

Die Geschwulst- resp. Hämatombildung war, wie die Section in den 4 Fällen ergab, die Folge einer Continuitätstrennung des Knorpels; es trat Blut in die Fracturstelle und löste das Perichondrium theilweise vom Knorpel; ein Paradigma der Hämatombildung, wie es schon *Virchow* als das einfachste (nach Knochenbrüchen) hinstellt.

Bei der Rückbildung heilte der Knorpel durch Narbengewebe, in dem sich die Bruchstücke nebeneinander lagerten; vom Perichondrium aus wurde neuer Knorpel gebildet; das Narbengewebe wurde, wie namentlich die injicirten Präparate zeigten, sehr gefässreich.

Das Knorpelgewebe selber war krank (Chondromalacie, Verfettung, Verkalkung etc.) und diese Gewebserkrankung die Ursache der sonst ungewöhnlichen stellenweisen Fragilität, bei anscheinend nur gewöhnlichen violenten Schädlichkeiten.

Es ist zum Mindesten und zunächst auffallend, dass diese Verletzungen, die bisher nur in den allerseltensten Fällen von Chirurgen beobachtet, wiederum bei Geisteskranken, ähnlich den Othämatomen, in unverhältnissmässiger Anzahl gefunden wurden. Das gleichzeitige Vorkommen mit Ohrblutgeschwülsten und dieser mit denselben Vorgängen an den Knorpeln des Kehlkopfes (eine geheilte Längsfractur

der einen Seite des Schildknorpels beschrieb u. a. der Vortragende) oder der Rippen, die *Koeppe* ebenfalls beobachtet, lässt auf einen gewissen Zusammenhang dieser Ernährungsstörungen mit den Gehirnkrankheiten denken; namentlich dürfte das Verhalten der Knochenenden dabei von grosser Wichtigkeit sein.

Ausführlicheres Eingehen auf diese Beziehungen, so wie die weitere Mittheilung der demonstrirten Fälle, behält sich der Vortragende bis zur Veröffentlichung seiner dahin einschlägigen Untersuchungen vor. —

Dr. *Kahlbaum* beantragte schliesslich die Bildung eines Lesecirkels unter den Mitgliedern, durch welche selbständige Werke, Journale und ausgewählte Einzelnummern von Journalen zur näheren Kenntniss gebracht werden. Die Schwierigkeit der praktischen Lösung dieses Vorschlags liess zur Wahl einer Commission schreiten, bestehend aus *Kahlbaum*, *Weyert*, *Laehr*, mit der Aufgabe, der nächsten Versammlung einen durchführbaren Plan vorzulegen.

Ein geselliger, anregender, collegialischer Verkehr vereinigte die Collegen bis zum Abend, der die Mitglieder wieder zu ihren Anstalten zurückführte. Dr. *Ideler*, z. Z. Secretär.

Psychiatrischer Verein der Rheinprovinz, — gestiftet am 6. Juli 1867. Aus dem Bedürfnisse nach collegialischer Vereinigung, hervorgerufen durch die Erleichterung des Verkehrs und die Zunahme der persönlichen Beziehungen unter den Aerzten, sind gerade in der jüngsten Zeit zahlreiche Vereine in's Leben getreten, die alle, bald mehr wissenschaftlich ernst, bald mehr collegialisch heiter, dennoch den einen Zweck verfolgen, alte Bekanntschaften zu erneuern, neue zu knüpfen, die individuellen Ansichten und Erfahrungen unter einander auszutauschen und an die Stelle des schriftlishen Verkehrs die leichteren Formen des mündlichen zu setzen.

Wenn dieses Bedürfniss irgendwo seine Berechtigung hat, so ist es unter den Irrenärzten, denen ihr Beruf an und für sich eine isolirte Stellung angewiesen hat und wo das Anstaltsleben und seine Besonderheiten die Gefahr einer allzu grossen Individualität und einer gewissen Einseitigkeit nahe legen.

Und auf der anderen Seite macht gerade dieses Anstaltsleben und die vielen Fragen, welche sich daran knüpfen, einen häufigen Austausch des Erlebten und Erprobten wünschenswerth, und der speciellen Berührungspunkte unter den Irrenärzten sind so unendlich viele, dass ihre Vereinigung selbst da, wo sie sich in grösseren Kreisen zu verlieren scheinen, mit der Schnelligkeit und Kraft einer chemischen Affinität zu geschehen pflegt.

Was bisher in dieser Beziehung bestand, erwies sich bald als nicht mehr ausreichend. Die psychiatrische Section der allgemeinen Naturforscher-Versammlung war selbst nur das Glied eines Ganzen, und, selbst nachdem sie sich im Jahre 1864 unter dem Namen „Deutscher Verein der Irrenärzte“ selbstständig constituirt, kam sie nur selten zusammen. Auch haben solche Universalvereine durch ihre Grösse etwas Schwerbewegliches, sie zu besuchen ist Vielen schon durch die Entfernung verwehrt, und es war demnach ein glücklicher Gedanke, dass man in der jüngsten Zeit, wie etwa in Baden und Berlin, Zweigvereine stiftete, welche sich innerhalb der engeren Grenzen einer Provinz hielten.

Schon *Hoffmann* mag etwas Aehnliches vorgeschwebt haben, als er in Siegburg im Jahre 1861 einen psychiatrischen Verein gründete, von welchem damals in diesen Blättern (Band XIX. S. 267 ff.) die Rede war. Durch den Tod des Stifters war es ihm nicht vergönnt, sein Ziel zu erreichen und eine kaum mehr als einjährige Dauer zu erlangen.

In gleicher Absicht traten nun Mitte dieses Jahres der zeitige Director der Provinzial-Irrenanstalt Siegburg, Geh. Medicinal-Rath Dr. *Nasse*, und der Sanitäts-Rath Dr. *Richarz*, Director der Privatanstalt zu Endenich, zusammen und beriefen, nachdem sie sich der Bereitwilligkeit einer Anzahl von Collegen versichert und ihr provisorisches Comité durch den Dr. *Focke* in Coblenz verstärkt hatten, durch Circular eine Versammlung nach Bonn für den 6. Juli c.

Die Einladung erging zunächst an 46 Collegen der Rheinprovinz, wobei der Grundsatz maassgebend gewesen, dass nur solche Aerzte vorläufig hinzugezogen werden sollten, welche entweder jetzt oder früher in directer Verbindung mit einer Irren-Anstalt gestanden.

Wenn von diesen 46 Berufenen nur 18 dem Rufe wirklich Folge leisteten, so ist die Veranlassuug hiezu jedenfalls darin zu suchen, dass die Versendung der Einladung durch Redactionshindernisse und sonstige Verzögerungen erst am 29. Juni ermöglicht wurde, eine allerdings sehr kurz bemessene Zeit für manche weiter wohnende Collegen.

Es erschienen also am 6. Juli c. in Bonn folgende Herren: Dr. *Besser*, Vorsteher des Asyles Pützchen, Dr. *Brosius* aus Bendorf, Dr. *Diel*, prakt. Arzt zu Erkrath, früher in Siegburg, Dr. *Feith*, prakt. Arzt zu Cöln, früher in Siegburg, Dr. *Focke*, prakt. Arzt zu Coblenz, früher in Siegburg, Dr. *Herz*, Vorsteher einer Privatanstalt zu Bonn, Dr. *Höstermann*, Arzt in St. Thomas, Dr. *Meyer*, Director einer Privatanstalt in Eitorf, Dr. *Nasse*, Director der Provinzial-Irren-

Heilanstalt zu Siegburg, Dr. *Oebeke*, Arzt der Privatanstalt in Endenich, Dr. *Obernier*, Privatdocent in Bonn, früher in Siegburg, Dr. *Pelman*, zweiter Arzt in Siegburg, Dr. *Peters*, Director einer Privatanstalt in Kessenich, Dr. *Richarz*, Sanitätsrath, Director in Endenich, Dr. *Röchling*, Hofrath zu Neuwied, früher in Siegburg, Dr. *Servaes*, Arzt der Lindenburg, Dr. *Wahl*, Assistenzarzt zu Siegburg, Dr. *Wiebecke*, Arzt in Kaiserswerth.

Eröffnet wurde die Versammlung durch eine längere Rede des Dr. *Richarz*, in welcher er die Zwecke des beabsichtigten Vereins auseinandersetzte und erläuterte. Gerade jetzt thue es besonders Noth, durch Zusammenhalten und gemeinsames Arbeiten gewissen Bestrebungen der jüngsten Tage entgegenzutreten, welche es versuchen, der Psychiatrie ihre besondere Existenz zu nehmen und die Errungenschaften langer Jahre über den Haufen zu werfen. Auf seine Aufforderung wurde alsdann der Geh. Medicinalrath Dr. *Nasse* zum Vorsitzenden der Versammlung durch Acclamation gewählt.

Nach wenigen einleitenden Worten eröffnete dieser die Discussion über den vorläufigen Entwurf des Statuts, wie es aus der gemeinsamen Berathung des provisorischen Comités hervorgegangen war. Ich darf nicht voraussetzen, dass das Interesse an den nun folgenden Debatten gross genug ist, um denselben 3 volle Stunden hindurch (denn so lange dauerte die Sitzung) zu folgen, ich glaube es wird genügen, die Statuten hierherzusetzen, wie sie endlich aus den Debatten hervorgingen. Auch bei uns erwies sich die Taufe des neuen Werkes, die Namengebung, als besonders schwierig und ein nicht geringer Theil der uns zugemessenen Zeit wurde schon sofort von dem §. 1. absorbirt. Mit gleicher Wärme wurde um den §. 5. gestritten und es gelang nicht, denselben in seiner ursprünglichen Fassung durchzubringen, nach welcher es den Mitgliedern nicht erlaubt war, sich der Aufforderung des Vorstandes zu entziehen. Man rechnete hier offenbar auf die Bereitwilligkeit aller Mitglieder zu Vorträgen und glaubte jenen Zwang als überflüssig entbehren zu können.

Der Schluss der Versammlung musste der stark vorgeschrittenen Zeit halber abgekürzt werden.

Bei der Wahl des Vorstandes erhielten die meisten Stimmen zum Präsidenten *Nasse*, zum Vicepräsidenten *Richarz*, zum Secretair *Pelman*, welche also den Vorstand bilden.

Die nächste Versammlung soll zu Bonn am 9. November c. stattfinden, und hiermit schloss die erste, die constituirende Versammlung des „Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz", deren Statut hiermit folgt:

§. 1. Unter dem Namen: **Psychiatrischer Verein der Rheinprovinz** (als Zweig vom allgemeinen deutschen Vereine der Irrenärzte) treten Aerzte an Irrenanstalten und solche Collegen, welche der Irrenkunde ein besonderes Interesse widmen, zu dem Zwecke zusammen, einen häufigeren persönlichen Verkehr zur Besprechung wissenschaftlicher und praktischer Gegenstände aus dem Fachgebiete und zur gegenseitigen Mittheilung ihrer Beobachtungen und Arbeiten zu pflegen.

§. 2. Der Verein besteht aus den dem Statut sich unterwerfenden Aerzten. Neue Aufnahmen geschehen auf Vorschlag eines Mitgliedes, nach Anmeldung in der vorhergehenden Sitzung, durch Zustimmung von zwei Dritteln der in der folgenden Sitzung Anwesenden.

§. 3. Der Vorstand wird gebildet von einem Vorsitzenden, einem Stellvertreter desselben und einem geschäftsführenden Secretair und jährlich neu gewählt. Der Vorsitzende resp. dessen Stellvertreter hat die Versammlung zu leiten, der Secretair sie vorzubereiten, Protokoll, Mitgliederliste und Rechnung zu führen.

§. 4. Es finden jährlich zwei ordentliche Versammlungen in den Monaten Juni und November in Bonn Statt, und wird am Ende einer jeden Sitzung der Zeitpunkt der folgenden von der Versammlung festgestellt.

Ausserordentliche Versammlungen werden vom Vorstande auf Antrag von 6 Mitgliedern berufen.

§. 5. Die Verhandlungen des Vereins bestehen in Originalmittheilungen, Referaten und Discussionen. Jedes Mitglied ist zu selbstthätiger Betheiligung verpflichtet. Die Zahl der Vorträge wird auf mindestens drei für jede ordentliche Versammlung festgesetzt. Dem Vorstande liegt es ob, sofern die Tagesordnung nicht schon in der letzten Sitzung für die nächstfolgende durch freiwillige Anmeldungen Stoff erhalten, denselben im möglichsten Wechsel der Personen und unter Berücksichtigung der im gegebenen Augenblicke wichtigsten Fragen durch Aufforderung der Mitglieder zu beschaffen. Die festgestellte Tagesordnung wird 14 Tage vor der Sitzung allen Mitgliedern vom Vorstande mitgetheilt. Nicht auf die Tagesordnung gebrachte Vorträge sind unter Zustimmung der Versammlung zulässig.

§. 6. Der Verein betrachtet das Organ des deutschen Vereines der Irrenärzte auch als das seinige.

§. 7. Zur Bestreitung von Porto, Anzeigen u. s. w. wird nach Bedürfniss ein kleiner Beitrag von den Mitgliedern erhoben.

§. 8. Abänderungen des Statuts können zu Anfang jeder ordentlichen Sitzung, jedoch nur entweder nach Ankündigung der

Anträge in der vorhergehenden Sitzung, oder nach vorheriger Mittheilung an sämmtliche Mitglieder durch den Vorstand, mit zwei Dritteln Stimmenmehrheit der Anwesenden beschlossen werden.

Dr. *Pelman*, z. Z. Secretair.

Aus Berlin. — Wenn in Kurhessen seit 30 Jahren die Stände zum Bau einer Irren-Krankenanstalt die Gelder bewilligten und doch die Erlaubniss zur Ausführung unter der früheren Herrschaft nicht erreichen konnten, wenn in Mecklenburg-Strelitz — zum Glück die einzige Anstalt dieser Art in Deutschland — noch immer Zuchthaus und Irrenanstalt in einem Hause vereinigt sind, so ist es ein besserer Zustand zu nennen, dass in Berlin die männliche Abtheilung der Irrenanstalt das Arbeitshaus seine Wohnung nennt und ein städtisches Irrenkrankenhaus projectirt ist, obgleich es schon seit Jahren einer weiteren Lösung entgegensieht. Während an der letzteren eine genügende Anzahl intelligenter Kräfte sich abmüht, aber den Weg dazu nicht findet, weil Magistrat und Stadtverordnete wie auf anderen Gebieten so auch hier sich nicht einigen können, ist es jetzt wenigstens ein Fortschritt, dass betreffs der Pflegeanstalt sich nunmehr eine Trennung vom Arbeitshause factisch vollzieht. Während die irren Frauen schon in einem selbständigen, freilich noch sehr mangelhaften, aber unter der jetzigen Leitung erheblich verbesserten Gebäude in der Wallstrasse untergebracht waren, wird den Männern das nahe gelegene, früher für Aufnahme der Waisen bestimmte Gebäude überwiesen werden. Unter den Summen, welche eine Erhöhung der Steuern für Berlin motiviren sollen, wird auch eine solche von 125,000 Thlrn. zur Erwerbung eines Terrains für den Bau einer Irrenkrankenanstalt angeführt. Die Höhe dieser Summe erklärt sich daraus, dass man sich von dem Gedanken nicht trennen kann, als müsse die Anstalt möglichst nahe der Stadt liegen, wo freilich der Werth des Terrains in den letzten Jahren sich ungemein erhöht hat. Inzwischen scheint die Bürgerschaft noch nicht geneigt zu sein, in eine Erhöhung der Abgaben zu willigen, und es ist daher zu hoffen, dass später eine grössere Entfernung und dadurch leichtere Isolirung mehr Anhänger gewinnt. Schreitet auch die Reorganisation der Anstalt nur langsam vor, so ist doch das Interesse dafür auf allen Seiten vorhanden und wird immer mehr an Wärme gewinnen, jemehr die Aerzte der Residenz — die Zahl derselben beträgt ca. 700 — in Mitleidenschaft gezogen werden. Die letzten Monate haben hierfür lebhafte Anregung gegeben. Ein Beweis ist die Bildung zweier psychiatrischen Gesellschaften. Die eine, für Berlin bestimmt — die medicinisch-psychologische Gesellschaft — besteht aus Irrenärzten, Gerichtsärzten,

praktischen Aerzten, Philosophen und tagt alle Monate. In dieser Zusammensetzung giebt sich schon die mannigfaltige Anregung zu erkennen, wie Kräfte für diesen Beruf gewonnen werden, die ihm bisher ferner standen, und die abgehaltenen Sitzungen haben den Beweis geliefert, mit welchem Eifer auch andere Collegen als Fachgenossen der psychiatrischen Bewegung sich anschliessen und zu ihrem Ausbau beizutragen geneigt sind. Die Gesellschaft hat zum Vorsitzenden Prof. *Griesinger* und zum Secretair Dr. *Westphal*, ohne sich bisher für ein bestimmtes Organ zur Mittheilung für ihre Arbeiten entschieden zu haben.

Ein zweiter psychiatrischer Verein hat sich aus Irrenanstalts-Aerzten der Provinz Brandenburg und benachbarten Anstalten constituirt und hält seine Sitzungen nur 3 Mal jährlich in Berlin, weil dieser Ort die meiste Bequemlichkeit dazu betreffs der Vorkehrungen darbot. Angeregt durch die Versammlung der Irrenärzte, welche im September vor. Jahres dort tagte, hat er im März und Juni einige vorbereitende Sitzungen gehalten, in letzterer den Namen „Psychiatrischer Verein in Berlin" auf sein Schild geschrieben und Dr. *Laehr* zum Vorsitzenden, wie Dr. *Ideler* zum Secretär gewählt, auch die Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie zum Organ seiner Arbeiten bestimmt. Beide Vereine haben sich ein Ziel, den Ausbau der Psychiatrie, gesetzt und verfolgen es auf verschiedenen Wegen und mit verschiedenen Mitteln; daher auch ein Theil der Mitglieder, so weit dies die Oertlichkeit möglich macht, beiden Gesellschaften angehört.

Die Irrenanstalt zu Lengerich — wurde am 14. Mai d. J. durch feierliche Einweihung der Kirche officiell eröffnet. Bestimmt für die evangelischen Kranken der Provinz Westfalen wurde der Bau, nachdem das sehr günstig gelegene Terrain 1859 erworben war, unter mancherlei durch Zeit, Oertlichkeit und Bauunternehmer veranlassten Hindernissen nach den ärztlichen Angaben des Dr. *Laehr* vom leider zu früh verstorbenen sehr begabten Baumeister *Nohl* entworfen und mit mancherlei sich während des Baues ergebenden nothwendigen Beschränkungen und Verbesserungen vom Baumeister *Dittmar* ausgeführt. Die prachtvollen Buchen, zwischen denen die verschiedenen Gebäude der Anstalt weithin in das Thal hinübersehen und in dem Doppelthürmchen der Kirche ihren Mittelpunkt finden, geben dem circa 130 Morgen grossen Terrain ein ungemein freundliches Aussehen, und von den benachbarten der Anstalt gehörigen Höhen, welche nach Osten und Norden vor Winden schützen und zu den Ausläufern des Teutoburger Waldes gehören, kann man die Thürme Münster's und Osnabrück's erkennen. Die Feier des 14. Mai eröff-

nete die Einweihung der Kirche durch den General-Superintendenten Dr. *Wissmann* unter Assistenz von vier Geistlichen und unter Betheiligung des Ober-Präsidenten, Minister a. D. Herrn *von Düesberg* Excellenz, des Vorsitzenden der Ständischen Baucommission, Minister a. D. Herrn *von Bodelschwingh* Excellenz, des Geheimraths Herrn Dr. *Housselle* als Vertreter des Cultus-Ministerii, des Regierungs-Präsidenten von Arnsberg, Minister a. D. Herrn *von Holzbrink* Excellenz, des Regierungs-Präsidenten von Minden, Herrn *von Bodelschwingh*, des Ober-Regierungsraths Herrn *von Quadt* in Münster, verschiedener Mitglieder der Stände und der Spitzen benachbarter Behörden, denen sich neben den Anstaltsbeamten mehrere Irrenärzte von ausserhalb angeschlossen hatten. Dieser würdigen, von zahlreichen Kranken besuchten kirchlichen Feier schloss sich ein Besuch der einzelnen Theile der Anstalt und ein von der Anstalt selbst bereitetes und von den Ständen gewährtes Festmahl an. Die Ueberfüllung der Anstalt in Marsberg hatte leider schon während des Baues zur Uebersiedelung von Kranken zu verschiedenen Zeiten in mehrere vollendete Gebäude mit provisorischen Einrichtungen gezwungen, so dass die letzte Zahl der evangelischen Kranken aus Marsberg nur erst einige Tage vorher angekommen war. Die Anstalt — Bethesda genannt — Anfangs für 200 Kranke bestimmt, für welche ein Aufwand von 200,000 Thlrn. bewilligt war, während des Baues für 300 Kranke erweitert, beherbergte schon am Tage der Einweihung 244 Kranke (129 M., 115 Fr.), verpflegte ausserdem an Beamten 5, an Officianten 4 (2 M., 2 F.), an Wartungs- und Dienstpersonal 30 (16 M., 14 Fr.), und zählte als zur Aufnahme Angemeldete 46 (23 M., 23 Fr.). Die Baukosten werden, obgleich die speciellen Berechnungen noch fehlen, doch die Summe von 320,000 Thlrn. übersteigen, während für Reorganisation der Anstalt in Marsberg 120,000 Thlr. bewilligt sind. Der Bau währt dort gleichfalls schon zwei Jahre, und somit steht die Provinz Westfalen an Opferfähigkeit den anderen Provinzen nicht nur nicht nach, sondern geht den meisten darin voran. Es hat sich auch hier bewährt, dass so grosse Unternehmungen im Interesse unserer Disciplin auch durch Wenige zu Stande kommen können, wenn sie mit Wärme für die Sache Ausdauer, Energie und Klugheit besitzen und durch das persönliche Vertrauen ihrer Mitbürger unterstützt werden.

Die Privatanstalt des Dr. Reimer in Görlitz — ist in die Leitung des Dr. *Kahlbaum* übergegangen. Es ist ein nicht geringes Verdienst des Ersteren, im Jahre 1854 mit erheblichen eigenen Mitteln ein Krankenhaus den Zeitanforderungen entsprechend neu gebaut, in den ferneren

Jahren weiter entwickelt und nunmehr nicht nur betreffs der baulichen Einrichtung abgerundet, sondern auch die Anstalt in jenem Geiste verwaltet zu haben, dem der Kranke Hauptzweck ist. Dadurch hat sie nicht nur für diese zum Segen gewirkt, sondern hat auch in würdiger Weise tapfer gegen die Vorurtheile mitkämpfen helfen, welche die Wirksamkeit der Anstalten gegenwärtig so mannigfach lähmen. Es ist zu bedauern, dass, nachdem die Mühen der Gründung und Organisation einer Anstalt der ruhigeren Weiterentwickelung Platz gemacht haben, der Gründer von der Leitung zurücktritt, aber er hat durch sehr liberale Bedingungen für einen Nachfolger Sorge tragen helfen, der durch seine 10jährige Stellung an der Anstalt Allenberg bei Wehlau als 2ter Arzt und durch die gleiche 3jährige als Docent der Psychiatrie an der Universität Königsberg wie durch wissenschaftliche Arbeiten während dieser Zeit zu der Erwartung berechtigt, dass das bisher für die Anstalt erworbene Vertrauen in gleicher Weise von ihm erhalten wird. Wir hoffen, dass Dr. *Reimer* die bisher in der Anstalt erworbenen Erfahrungen Allgemeingut werden lässt, zum Nutzen auch solcher Collegen, welche auf diesem Wege sich eine selbständige Stellung zu gründen beabsichtigen.

Die legalen Beziehungen der Geisteszerrüttung, von Dr. Skae. — Die Abweichungen in den ärztlichen Gutachten vor den Gerichtshöfen in Betreff von Geistesstörung haben allerdings in den letzten Jahren die ärztliche Zeugschaft in Misscredit gebracht. Diesem Missstande ist Verf. bestrebt abzuhelfen und die ärztliche Verlässlichkeit sowohl im Vertrauen des Publicums, als auch bei den englischen Gerichtshöfen wiederherzustellen. Zu solchem Behufe unterzieht er seiner Prüfung die legalen Merkmale des Geistesgestörtseins in Belang auf „gesetzliche Unfähigkeit, Unzurechnungsfähigkeit, und auf criminelle Verantwrtlichkeit.“ Er beabsichtigt hiebei diesem schwierigen Gegenstande vom ärztlichen Standpunkte aus näher zu kommen und ihn in Betracht zu ziehen, in wie fern er die ärztliche Stellung und die Schwierigkeit der ärztlichen Zeugschaft berührt.

I. Die bürgerliche Unfähigkeit vor dem Gesetze. Verf. hatte bereits schon im Jahre 1861 vor das Royal-College of Surgeons eine Adresse gebracht über legale Beziehung von Geistesstörung. Er legte darin die zahlreichen und ernsten Schwierigkeiten nieder, welche den Gegenstand derselben umringen, und wies nach, wie diese Schwierigkeiten für den ärztlichen Standpunkt erwachsen, und wie ihnen zu begegnen sei. Sie bezog er hauptsächlich in seiner Eingabe auf die Ermittelung der Geistesstö-

rung in ihren ersten Stadien und stellte sie in Betracht auf den Moment, wo der Kranke von seiner Familie getrennt und in eine Anstalt für geistig Gestörte gebracht werden sollte. Als weitere Begegnung von Schwierigkeiten stellt er noch jene heraus, wo es sich um Aufbringung der ärztlichen Zeugnisse und um Vollmacht von Seite des Sheriffs handelt, um einen Kranken der Anstalt zu übergeben. Verf. machte damals auch auf die Verantwortlichkeit und den Schadenersatz aufmerksam, denen ein Arzt unterworfen wird, wenn er Irre dahin abgiebt oder darin festhält. Er überlegte hiebei, dass es, bevor er zu Discussionen über mehrerwähnte Schwierigkeiten schritte, den Gegenstand vereinfachen und seine Bemerkungen über die Mittel, ihnen zu begegnen, verständlicher machen würde, wenn er von vornherein den Begriff feststelle, „was Irrsein sei?" Er bemühte sich dazuthun, dass Irrsinn eine Krankheit sei und demgemäss durchaus in die ärztliche Domaine falle, um vom Arzte in Kur und Pflege genommen zu werden nach den Regeln der Kunst. Sein weiterer Nachweis war, „dass Irrsinn eine Hirnkrankheit sei und in einer Affection des Verstandes bestände." Dabei kam er endlich zum Schlusse, „dass er als eine fieberlose Hirnaffection zu definiren sei, wobei Emotionen, Leidenschaften oder Begehrungen auf Krankheitswegen erregt werden, — wobei Conceptionen in Folge von Krankheit für Perceptions- oder Bewusstseins-Thätigkeiten genommen werden."

Der erste Theil dieser Definition umfasst den „moralischen Irrsinn", wobei Neigungen, Emotionen und Begehrungen krampfhaft afficirt sind — der zweite Theil definirt den „intellectuellen Irrsinn", wobei Täuschungen und Hallucinationen thätig sind, so lange als die wesentlichen Träger der Narrheit betrachtet. Wäre an gegebener Definition noch etwas zu ersetzen, so wäre es wohl der Verlust von Selbstbeherrschung oder Selbstleitung. Es zergliedert Verf. diesen Verlustbegriff noch weiters in jenen der Selbstbeherrschung bei Handlungen, der die Kranken rastlos, heftig, extravagant sein lässt, — oder bei Leidenschaften, der, Urtheil und Bewusstsein umstossend, zu Lasterthaten, Erniedrigung oder Gewaltthätigkeit führt, oder in einen Verlust von Beherrschung der Gedankenfolge, der sie ruhlos, rasch, unzusammenhängend macht, oder in einen Verlust von Begriffsbeherrschung, der den Irren von Handhabung des Vergleichs und des Urtheils ausschliesst und ihn veranlasst, wie ein Träumender Träumerei und Einbildung für Wirklichkeit zu halten. Verf., der diese weite Definition seit 30 Jahren in seinen Vorträgen aufgestellt und die mit jener zusammenfällt, welche Dr. *Bucknill* in seinem ausgezeichneten Versuche über Un-

gesundheit des Verstandes in Bezug auf verbrecherische Handlungen aufstellt (On Unsoundness of Mind to Criminal Acts), misst derselben gerade nicht besonders grossen Werth und Wichtigkeit bei, wohl aber hält er es für wesentlich, „Irrsein als eine Krankheit, als eine Krankheit des Gehirns, den Verstand afficirend, zu definiren.“ Es wird sohin ein Gegenstand für das Studium des Arztes. Indem dieser es nun in allen seinen Phasen, in seinen vorhergehenden und Anfangs-Merkmalen, seiner jähen oder gradweiten Entwickelung, in seinen ständigen und Wechsel-Symptomen, in seinen Umwandlungen und Fortschritten studirt hat, wird er dann doch sicherlich competenter, als irgend Jemand, „über thatsächlichen Bestand von Irrsein Bescheid zu geben.“

Verf., auf den im Eingange angeregten Gegenstand einlenkend, wirft nun die Frage auf, „welches sind die Ursachen der Abweichungen in den ärztlichen Zeugnissabgaben?“ Er nimmt folgende zwei an:

Erstens sind die Fragen, worüber die Aerzte abgehört werden, wissenschaftlicher Natur; sie nehmen vorgängig Studium und Erfahrung in Anspruch und setzen ferner Uebung sorgfältiger und geschickter Beobachtung und Erfahrung voraus, um zu richtigem Schlusse zu gelangen. Die Fragen, welche sie zu beantworten haben, sind nicht allein schwierig, sondern enthalten auch Ansichten, worin die ärztlichen Fachgenossen ebenso differiren, wie jene anderer Stände.

Die zweite Ursache ist begründet in der Verschiedenheit in Bezeichnung gewisser Zustände. Im Gesetze bestehen bestimmte Begriffe, „Insanity“ betreffend, und ebenso bestimmte Ausdrücke, um diese Begriffe damit zu bezeichnen, während der ärztliche Stand über Insanity verschiedene Begriffe nährt, die er mit demselben Ausdrucke bezeichnet. Nach sorgfältigem Studium der Geisteskrankheiten, denen als Specialität tausende von Aerzten obliegen, gelangen sie zu ihren Begriffen über Insanity, die sie eben mit bestimmten Ausdrücken bezeichnen. Begegnen sich nun Richter und Arzt gegenseitig im Gerichtshofe, so geschieht es, dass beide von verschiedenen Dingen sprechen, zu deren Bezeichnung sie sich derselben Ausdrücke bedienen. Wie ist nun aber dieser Verwirrung abzuhelfen? Es giebt hiezu nur einen Weg. Beide Theile müssen in Dem übereinstimmen, worüber sie sprechen und sich derselben Bezeichnung bedienen für dieselbe Sache. Die Schlussverhandlung, zur Entscheidung der Jury gebracht, muss klar gefasst sein und in gesetzlicher Form, ferner der Sinn der Ausdrücke in der Art bestimmt sein, dass keine Missdeutung Platz greifen kann in Belang dessen, was als wahr zu erforschen oder als Thatbestand herzustellen ist.

Ist nun aber ein Beistand von ärztlicher Seite nöthig und ärztliche Erfahrung oder derartiger Bescheid einzuholen, so müssen die Bezeichnungen der verschiedenen Formen von geistiger Störung dieselben sein, wie sie von den Fachmännern gebraucht werden, die die erforderliche Kenntniss von treuer Beobachtung der Natur und der Thatsachen errungen haben, — nicht aber sind sie herzuleiten von verschiedenartigen und widersprechenden Ansichten von Richtern, die dem Gegenstande keine specielle Aufmerksamkeit zugewendet.

Verf. will nun jede Form von mentaler Krankheit oder Unsoundness unter die Bezeichnung von Idiocy, von Imbecility und Insanity bringen.

Stimmen die ärztlichen Fachgenossen dahin überein, dass Idiotie und Imbecillitas alle mentalen Fehler umfassen, welche angeboren oder das Resultat mit der Geburt fast gleichzeitiger Krankheit sind, und dass sie nur dem Grade nach variiren, beginnend vom vollständigen Idiotismus bis zum geringsten wahrnehmbaren Betrag von geistiger Unfähigkeit, der noch den schwachsinnigen Menschen vom gesunden unterscheiden lässt, sich verlierend, — endlich noch, dass nirgends in dieser Stufenleiter die Grenzlinie zum Unterschiede des einen Gliedes vom anderen markirt ist: so soll auch das Gesetz dieses als ein Ergebniss von Thatsache und von Beobachtung annehmen, — so soll auch der legale Ausdruck meinen, was der ärztliche meint, — so soll der Richter nicht Bezeichnungen erfinden oder Ausdrücke bestimmen für Zustände, welche in der Natur nicht existiren und uns Aerzten dann zumuthen, mit ihm eins zu sein, — so soll er schliesslich eine Rechts-Instruction an die Jury einreichen, so gefasst: „litt die Partei unter einem solchen Grade von Idiocy, oder von Imbecility, oder von Insanity, oder deren ausgesprochenen Spielarten, der sie unfähig machte, ihre eigenen Angelegenheiten zu leiten?" So würde jener Unterschied schwinden in ärztlichen Ansichten, der weit häufiger in Abweichung der Bedeutung legaler Ausdrücke von medicinischen als in irgend einer reellen Differenz zwischen ärztlichen Zeugschaften begründet ist. Bei Anwendung medicinischer Ausdrücke auf Geistesstörungen sind, nach Verf.'s Dafürhalten, bei allen Fachgenossen nur solche Ausdrücke in allgemeiner Geltung, um die grossen und überhaupt allgemeinen Unterschiede zu bezeichnen zwischen Idiocy, Imbecility und Insanity, oder deren markirten Varietäten, — durchaus nicht jene verfeinerten Distinctionen, wie sie in den Schriften mancher Psychologen stehen. Schliesslich eifert Verf. dafür noch, dass, welche Ausdrücke auch zum Gebrauche zugelassen werden sollten, so müssten sie im legalen und im medicini-

schen Sinne übereinstimmen, ganz gleiche Begriffe bezeichnend.

Die Frage der Mehrzahl dieser Fälle ist blos eine Frage über den Grad des mentalen Zustandes, nicht eine über Bestand eines geistigen Zustandes, welcher bestimmt begrenzt und durch einen Ausdruck bestimmt werden kann. Von England geht Verf. auf Schottland über, um vom Voranstehenden darauf Anwendung zu machen. Dort kann Person und Eigenthum eines Geistesgestörten nur in Folge eines Erkenntniss-Processes in Obhut genommen werden, wobei in einem Briefe über Idiocy, oder Fatuity, oder Furiosity der Zustand eines Individuums von einer Jury und dem Sheriff der Grafschaft untersucht und bestimmt wird. In demselben muss nun nachgewiesen sein, dass es absolut Idiot, oder absolut schwachsinnig, oder absolut tobsüchtig sei. Nie aber, sagt Verf., war ein Fall vor unsere Gerichte gebracht worden mit einem derartigen Erkenntniss. In ganz Schottland existirt keine Person absolut idiotisch, blödsinnig oder tobsüchtig, — und sollte sich auch eine solche finden, so wird ihr Zustand dennoch von der Art erachtet, dass sie von Einbringung zum Gerichte verschont bleibt. Auf diese Weise bestehen thatsächlich in Schottland gegenwärtig keine legalen Mittel, vermöge welcher Jemand gesetzlich in Stand gesetzt wäre, für die Person eines Idioten oder eines Narren Sorge zu tragen, — und dieses wohl aus keinem anderen Grunde, als weil das Gesetz keinen Erlass an die Jury abgeben will, zu bestimmen, „ob eine Person derartig an Idiocy, an Imbecility oder Insanity leide, dass sie unfähig ist, für sich und ihr Eigenthum zu sorgen."

II. Criminelle Verantwortlichkeit des Irren. — Verf. geht in deren Untersuchung denselben Weg, wie jener bürgerlicher Unfähigkeit des Irren — er geht von dem Standpunkte aus, „dass Irrsinn eine krankhafte Affection des Verstandes sei," und dass die Ausdrücke, deren sich richterliche und ärztliche Behörden bedienen, oft verschiedene Begriffe bezeichnen.

Man hat vielseitigen Tadel erhoben über ärztliche Zeugschaft, nicht allein in Betracht der Meinungsverschiedenheit bei peinlichen Vernehmungen, sondern auch des Bestrebens, Prozesse über Irrsein zu weit auszudehnen und den Schuldigen und Verantwortlichen vor Strafe in Schutz zu nehmen. Man hat dem ärztlichen Stande den Vorwurf gemacht, er wolle bei Processen von Kleptomanie Diebe ihrer Schuld entheben — bei Processen von Pyromanie Brandstifter gegen Straffälligkeit in Schutz nehmen — und für den Mörder gegen dessen gesetzlich verhängte Strafe die

trügerische und alberne Entschuldigung einlegen, „es sei dessen Organisation auf niederer Stufe, es sei Blödsinn vorhanden, es fehlen die nöthigen Motive, es haben ihn unwiderstehliche menschenmörderische Impulse verleitet, er leide an moralischer Unvernunft u. s. w.“

Es reicht wohl zur Vertheidigung des ärztlichen Fachmannes hin, auszusprechen, dass eine grosse Verschiedenheit im öffentlichen und im Geiste der Richter bestehe, — und dass die Differenz und Unsicherheit in den Meinungen sich stets in der wirklichen Handhabung des Gesetzes abprägen. Sohin kommt es vor, dass Richtersprüche nach Aburtheilung des in Haft sich Befindenden nicht allein abgeändert werden, sondern dass das Process-Erkenntniss auf Irrsein vom Gerichtshofe in dem einen Falle angenommen, in anderen Fällen aber ganz gleichen Charakters verworfen wird, und dass der Urtheilsspruch an dem Eingekerkerten vollzogen wird.

Die Unsicherheit des Gesetzes, welche aus diesem Zustande der Dinge hervorgeht, ist sehr nachtheilig für das Interesse der Rechtspflege — und ist ganz geeignet, deren Wirksamkeit abzuschwächen, nämlich „vom Verbrechen abzuschrecken“. Geht man auf den Grund der Unsicherheit in Handhabung des Gesetzes und auf die streitigen Ansichten in Bezug auf Verantwortlichkeit des Irren ein, so braucht man nicht weit zu gehen.

Alle unsere Richter, sagt Verf., haben einstimmig als gesetzgültig festgestellt, „dass die alleinige Probe für Verantwortlichkeit die Kenntniss von Recht und Unrecht ist.“ Keine Täuschung, kein Grad von Blöd- oder Wahnsinn kann Jemanden seiner Verantwortlichkeit entheben oder ihn vom Verbrechen des Mordes freisprechen, wenn er zur Zeit, wo er die That verübte, wusste, dass, was er im Begriffe sei zu thun, Unrecht sei und ihn der Strafe aussetze*).

Gegen die Vollziehung der Todesstrafe an Personen, nachgewiesen irrsinnig, geisteskrank, jedoch noch im Besitze von so viel lichten Verstandes geblieben, sagen zu können, sie hätten Unrecht, und wären der Strafe verfallen, ist allmählig in der öffentlichen Meinung ein tiefes Gefühl wach geworden durch die Ueberzeugung, dass es unmenschlich und unverantwortlich sei, solche Individuen zum Tode zu führen. Um das Grelle solchen Verfahrens hervorzuheben, führt Verf. die Worte *Edward Coke*'s an: „die Hinrichtung eines

*) Verf. schaltet hier nach Ueberzeugung den Ausspruch ein: „dass seit *Bellingham*, der 1812 den *Spencer Perceval* erschoss, eine grosse Anzahl von Personen, zugestanden irrsinnig, die äusserste vom Gesetze zu verhängende Strafe erlitten.“

Missethäters geschieht, um ein Beispiel zu statuiren; aber Dem ist nicht so, wenn ein Unsinniger hingerichtet wird —, es wäre dieses ein unseliges Beispiel von äusserster Unmenschlichkeit und Grausamkeit, geradezu gesetzwidrig und durchaus kein abschreckendes Beispiel für Andere."

Im Geiste aller ärztlichen Fachmänner, die ihre Aufmerksamkeit dem Studium des Irrsinns geschenkt, fasste ebenso ein empörendes Gefühl gegen den gegenwärtigen Bestand der Gesetze Wurzel. Sie betrachten es nicht blos als einen Act von Unmenschlichkeit, einen Menschen hinzurichten für ein Verbrechen, verübt unter dem Einflusse nachweisbarer Geisteskrankheit; sondern sie sehen das legale Kriterium von Verantwortlichkeit (Kenntniss des Unterschiedes zwischen Recht und Unrecht) als durchaus mangelhaft und irrthümlich an in seiner Anwendung auf den Irren.

Schon 1863 bei dem Werke von *James Paterson* in Schottland durch *Alexander Milne* hatte der Lord Justice Clerk, obschon er die anerkannte Gesetzesregel beibrachte, dass, wenn der Gefangene die wahre Natur und Beschaffenheit seiner Handlung kannte und ihre Folgen einsah, demnach verantwortlick sei, nichtsdestoweniger das merkwürdige Zugeständniss gemacht: „wenn Euch genügt, dass der Gefangene in irrsinniger Täuschung sich befand, als er die That beging, dann braucht Ihr nicht mehr zu untersuchen, ob er Recht und Unrecht kannte."

Von allen Seiten nun, scheint es, wird zugegeben, d. i. vom Publicum, von den richterlichen und medicinischen Fachmännern, von der Gesetzgebungsbehörde selbst wird zugestanden, dass die Gesetze die criminelle Verantwortlichkeit des Irren betreffend einer Revision und einer Verbesserung bedürfen. Die legale Gesetzesformel für Unverantwortlickeit genügt nicht mehr. Die Kenntniss von Recht und Unrecht ist von unsern Juries, sagt Verf., nicht als hinreichender Grund für ein Verdict von „schuldig" angesehen, und wenn das Verdict ausgesprochen, der Spruch gefällt ist, so sind der täglich vorkommende Aufschub und die nachherigen Abänderungen offene Geständnisse von Seiten der Regierung, dass das Princip ganz irrthümlich ist, worauf man die Gesetze gründete.

Es ist aber dieses Princip aus zwei Gründen irrig:

1) wird es pünktlich angewandt, so ist es und zeigt sich ungenügend, eine grosse Anzahl irrsinniger Personen vor dem Todesurtheil zu schützen, die kein Strafgegenstand sind. In der Wirklichkeit können alle Verrückte Recht von Unrecht unterscheiden. Wie wäre es sonst möglich, die grosse Zahl Irrer zu lenken, die unsere geräumigen Asyle bevölkern? Sie sind Alle mehr oder weniger für Regeln und Disciplin ge-

lehrig. Die Mehrzahl der Personen aller Asyle beherrschen ihre Leidenschaften und Begierden unter dem Einflusse von Motiven, wie Gesunde. Eine grosse Mehrzahl von Verrückten, welche Verbrechen verübten, liessen bemerken, dass sie die Folgen ihrer Handlungen kannten: manche begingen ein Verbrechen mit dem geständigen Vorsatze, bestraft zu werden.

2) Der zweite Grund ist „die Voraussetzung", dass Kenntniss von Recht und Unrecht stets auch vom Vermögen begleitet sei, Recht zu thun und Unrecht zu meiden. Krankhafte Regungen, Leidenschaften und Begierden sind die wesentlichen Züge von Wahnsinn. Moralische Verkehrtheit, krankhafte Affection des aufregbaren Theiles unserer Natur sind der wesentlichste Theil von Wahnsinn und dessen am wenigsten wandelbaren, am meisten constanten Züge. Täuschungen, welche das Gesetz so lange als wesentliche Probe des Irrseins gehalten, können gänzlich abgehen. Irrsein, Geisteskrankheit kann ohne Täuschungen bestehen, — es handelt nämlich das Individuum unter dem Einflusse kranker Gefühle oder Triebe, über welche es in den meisten Fällen sehr wenig und in manchen gar keine Gewalt hat. Diese Form von Irrsinn, eine häufigere Ursache von Selbstmord als jede andere, und auch Ursache mancher menschenmörderischer Handlungen ist von den schottischen Gerichtshöfen nicht anerkannt. Moralisches Irrsein ist dort verpönt. Wäre einmal, so meint Verf., die Lehre vom unwiderstehlichen Triebe angenommen als Entschuldigung für Verbrechen, dann wäre allen Distinctionen zwischen Recht und Unrecht ein Ende gemacht, und man würde suchen jedes Verbrechen durch die Macht des Impulses zu mildern, gleichviel ob er durch Leidenschaft, Begierde oder Rache eingegeben worden.

Der Richter muss allerdings nach dem Gesetze richten; allein was Gesetz ist, setzt gerade nicht voraus, dass es auch Wahrheit ist. Irrsein, das zum Verbrechen führt, zu Menschenmord, ist nicht verantwortlich, weil dem Thäter die Beherrschung fehlt. Wenn die Handlungen, welche sie auch seien, deren ein Irrer beschuldigt wird, sich deutlich auf Bestand von Krankheit — von Geisteskrankheit beziehen, dann sollten nothwendig Strafen und peinliche Erkenntnisse gemildert und entsprechend beigelegt werden.

Verf. ist durchaus nicht gewillt, zu behaupten, dass Verrückte nicht verantwortlich seien: manche von ihnen sind es — manche nicht; denn weit entfernt, den Irren als unverantwortlich zu betrachten, hat er vielmehr bereits durchblicken lassen, dass das Benehmen Irrer in wohleingerichteten Asylen Zeugschaft ablegt für deren Verantwortlichkeit. Ein Punkt, der, wenn erst einmal von den schotti-

schen Gesetzgebern angenommen, alle Schwierigkeiten heben würde, welche den Gegenstand noch umfassen, ist, „dass Grade von Verantwortlichkeit unter den Irren bestehen.“ Sie sind verantwortlich nach Maassgabe ihrer Kenntniss von Recht und Unrecht und zum Theil nach Verhältniss des Vermögens, ihre krankhaften Triebe zu beherrschen, oder mit anderen Worten Recht statt Unrecht zu thun.

Sô wie bürgerliche Unfähigkeit ist auch Verantwortlichkeit eine Frage gradweiser Verschiedenheit. In allen Irrenhäusern sind Idioten, Blödsinnige und Verrückte gelehrig für Disciplin, deren Benehmen bis zu einem gewissen Ziele durch Motive regulirt werden kann, sowie sie auch bis zu einem gewissen Grade verantwortlich sind für ihr Benehmen. Dagegen befinden sich darunter Andere, die unter einem blinden Impulse handeln, ganz unbewusst dessen, was sie thun — und darum sind sie auch durchaus unverantwortlich. Zwischen diesen beiden Extremen kommen manche verschiedene Stufen von Verantwortlichkeit vor, welche leicht zu erkennen sind. Das Vertrauen und die Freiheit, welche man ihnen zugesteht in den Anstalten, wird stets proportionirt nach ihrer Kenntniss von Recht und Unrecht, nach ihrer Befähigung für Selbstbeherrschung und Ueberwindung.

Die täglich vorkommenden Fälle weisen thatsächlich die Grade dieser Selbstbeherrschung nach, woraus sich nothwendig Stufen von Verantwortlichkeit ergeben, welche nach der Grösse der Krankheit variiren, an der ein Individuum leidet. Warum sollte nun das Gesetz diesen Thatbestand nicht anerkennen und seine Normen darnach bestimmen? Der ganze Thatbestand des Falles ist dem Ausspruch des Richters zu unterstellen, welcher dann entscheidet nach Verschiedenheit im Grade der Verantwortlichkeit zwischen Haft in einem Verbrecher-Asyl mit peinlicher Servitude für Lebenszeit oder auf eine bestimmte Anzahl von Jahren; — damit entgeht man denn auch dem Uebelstande, nach der Hand Missgriffe zu verbessern und Erkenntnisse zu reformiren.

Was nun das Unterbringen von Geistesgestörten in Asyle betrifft, so kommt man damit schon durch die Vergleichsfrage ins Reine „sollen denn Verrückte ausserhalb der Asyle nach anderen Grundsätzen behandelt werden als jene in den Asylen?“ Für Letztere haben ja Fachmänner, angetrieben von philanthropischen Motiven und geleitet von klaren Ansichten über Geistesstörung, ein Gesetzbuch für Beaufsichtigung und Disciplin etc. der Irren abgefasst. Es ist sicher nur der Gefühlsausdruck mancher Pseudo-Philanthropen, welche sagen, die Irrenärzte beabsichtigen viel zu viele Personen in Asyle ab- und

einzuschliessen wegen leichter Eigenthümlichkeiten und Excentricitäten.

Für eine wesentliche Verbesserung im gerichtlichen Verfahren bei Irren-Processen hält Verf. die Einführung von Experten zur Berichterstattung über vorliegende Fälle. Ferner ist er der Ansicht, dass das Zwangsstudium von Geisteskrankheiten bei Medicinern ein sehr wichtiger Gegenstand wäre, ganz geeignet, die ärztliche Zeugschaft beim Publicum und in der öffentlichen Meinung zu höherer Achtung zu bringen, ja nicht minder bei den Gerichtshöfen u. s. w. als dieses bisher der Fall war. Heilung und Besserung von Geisteskrankheiten überragen an Würde, Interesse und Wichtigkeit bei Weitem die Behandlung körperlicher Krankheiten.

Verf. hat seine Betrachtungen gelegentlich vorgekommener richterlicher Fälle gemacht, also aus dem praktischen forensen Leben geschöpft und darauf hingewiesen; — er hat nebenbei Mängel aufgedeckt im forensen Verfahren bei Phrenopathieen in Schottland. Indem schon einerseits Fehler und Mängel nothwendig zur Verbesserung in psychiatrischen Zweigen führen, — auf der anderen Seite Beobachtung, Uebung phrenopathisch-forenser Praxis, dann die Casuistik ethnischer Psychopathieen zu gültigen Schlüssen berechtigen, glauben wir in der gedrängten Mittheilung aus seiner Arbeit nichts Nutzloses gelrefert zu haben. (Dr. *Skae*, On the legal relations of Insanity. The civil incapacity and criminal responsibility of the insane. Edinb. med. Journ. Nr. LXVI. März 1867. S. 811.)

Ullersperger.

Die Büste Conolly's —, welche Baron *Mundy* der medico-psychologischen Gesellschaft in England geschenkt hatte, wurde von dieser dem Collegium der Aerzte durch den Geber und Dr. *Maudsley* in feierlicher Sitzung übergeben. Baron *Mundy* äusserte dabei wörtlich: „Erlauben Sie mir, ehe ich mich zurückziehe, dass ich auf eine Stelle Ihrer im letzten Jahre gehaltenen Rede anspiele, in welcher Sie, nachdem Sie unserem betrauerten Freunde den beredten Tribut gezahlt, so gerecht und nachdrücklich das System der Tortur rügen, welches selbst in Ihrem eigenen Lande vor *Conolly's* Zeit ausgeübt wurde. Sie haben sich fast ein viertel Jahrhundert der Arbeit des grossen Mannes, welcher nicht mehr ist, zu erfreuen gehabt, und noch haben Ihre Nachbaren dicht an Ihren eigenen Küsten, in dem Augenblicke, wo ich mich an Sie wende, 2,000 unglückliche Wesen in Zwangsjacken gebunden, und die Totalsumme von in Zellen eingesperrten, auf Betten festgemachten und in Zwangsjacken geschnallten Irren beläuft sich im Jahre 1867 auf 50,000. Es ist für mich,

als für einen Fremden, eine Demüthigung und vielleicht gleichzeitig ein Zeugniss meines berufstreuen Muthes, dass ich vor einer so hohen Autorität wie Sie, und bei einer so feierlichen Gelegenheit wie die heutige, diese Thatsachen öffentlich verkündige. Aber mein Zweck ist nur, Ihnen die Wichtigkeit einzuprägen, fortzufahren, dieses barbarische Verfahren zu tadeln, um so mehr, als Ihre Landsleute, angeleitet durch den Mann, dessen Büste jetzt vor Ihnen steht, bewiesen haben, dass Irrsinnige auch auf andere Weise erfolgreich behandelt werden können; Sie haben dadurch den unglücklichsten Geschöpfen die grösste Wohlthat erwiesen. — „Das Denkmal, welches ich auf dem Continent nach meinem Tode für mich errichtet wünsche, ist die Durchführung des Non-restraint. Möge dies bald eine Wahrheit werden!" — Die Worte hörte ich oft von den Lippen des Mannes, welchem Sie, in demselben Zimmer, so oft mit Wonne zuhörten, und dessen marmornes Bildniss wir Sie zum bleibenden Gedächtniss an ihn anzunehmen und hier aufzustellen bitten." (Presentation of Dr. *Conolly's* Bust to the royal college of physicians. The Journ. of Ment. Sc. July 1867. S. 254.)

Ueber die Fortleitungsgeschwindigkeit der Nerven — hat *v. Wittich* mit *Gruenhagen* Versuche nach der Methode angestellt, deren sich *Schelske*, *Donders* und *de Jaager* bedienten: in den Gefühlsnerven war der Mittelwerth für *G.* 33,35, für *W.* 39,22 Meter in der Secunde. Für das Auge war er nicht nur unverhältnissmässig geringer, als für das Ohr, sondern auch geringer, als für solche sensible Nerven, deren peripheres Ende nicht weiter, als das des *opticus* vom Gehirn-Ursprunge entlegen sein dürfte. Messungen des *opt.* und *acust.* ergeben, dass ersterer fast doppelt so lang, als letzterer sei, und dass die Differenz etwa 59 Mm. betrage. Doch erklärt der Unterschied der Länge nicht den der Leitungsgeschwindigkeit. Die letztere im Sehnerven berechnet sich nach *Hankel* auf 1,068 Meter, nach *Hirsch* auf 1,15, nach *Donders* auf 14,75, nach *Gruenhagen* auf 1,69, nach *Wittich* auf 3,43 Meter in der Secunde, d. h. selbst in den höchsten Werthen erscheint die Fortpflanzungsgeschwindigkeit eines Reizes im *opticus* ungemein viel träger, als in sensiblen Nerven. Der physiologische Zeitwerth beträgt bei elektrischer Reizung des *opticus* 0,0916 Sec., bei Reizung der *retina* durch Lichteindrücke 0,153, bei Reizung des Ohres durch Schall 0,123, bei elektrischer Reizung der Stirnhaut 0,102 Sec. Fernere Versuche, welche die elektrische Reizung der Haut mit der durch ein Tastobject verglichen, gaben auch das Resultat, dass jene erstere eine sehr viel kürzere Zeit erfordert, um eine bewusste Empfindung hervorzurufen, als die letztere.

(Sitz. des Vereins f. wissensch. Heilkunde in Königsberg v. 5. März 1867. Berl. klin. Wochenschr. 1867. No. 18.)

Ueber hysterisches Irresein — und einige Nervensymptome, die der Hysterie, der Hystero-Epilepsie und der Epilepsie eigenthümlich sind, hat *Moreau* (*de Tours*) Mittheilungen gemacht, die einige Symptome hervorheben und sie zur differentiellen Diagnose und Prognose verwenden. Zu den wichtigsten Elementarphänomenen gehören die *secousses*, Muskelcontractionen, Zuckungen, klonische Krämpfe. Sie treten isolirt auf oder setzen einen schweren epileptischen Anfall zusammen, oder kommen zwischen den Anfällen vor, bald mit Bewusstsein, bald mit leichtem Schwindel oder rascher Bewusstlosigkeit, sind stets rapid, bald partiell, bald halbseitig, bald am ganzen Körper. Sie können für sich allein die Krankheit ausmachen. Sie sind pathognomonisch für die Epilepsie, sind nie bei der reinen Hysterie. Treten sie zu letzterer, so geht sie schon zur nächst ungünstigeren Form, der Hystero-Epilepsie, über. Sie können oft Jahre lang den grossen Anfällen der Epilepsie vorangehen. — Ein anderes elementares Phänomen ist der Schwindel. Die Angabe, dass die epileptischen Anfälle mit Bewusstlosigkeit, die hysterischen mit deren Erhaltung verbunden seien, ist ungenau. Bei der hysterischen gleichen die Erscheinungen mehr den Ohnmachten, Umneblungen, das Bewusstsein schwindet nicht ganz, die Patienten „fühlen sich dabei kalt an den Füssen, Beinen, der Kopf verwirrt sich, das Herz steht still," die Kranken haben noch Sensationen, sie erbleichen und erröthen abwechselnd, suchen sich noch einen Halt, setzen oder legen sich, während der epileptische Zufall augenblicklich eintritt mit vollständiger und schneller Aufhebung des Bewusstseins. Dazwischen der Schwindel der Hystero-Epileptischen, bei denen oft der psychische Zustand einer innerlichen Concentration, wie bei den Somnambulen, gleicht: sie murmeln Worte oder bewegen lautlos die Lippen, als ob sie sprächen, vergiessen Thränen, zeigen Angst. — Verwechselt wird oft der congestive epileptiforme Anfall, der nur auf Hirncongestionen beruht, bei Greisen, bei apoplekt. Habitus, Herzhypertrophie, habituellen Excessen *in baccho et venere*, übermässigen Geistesanstrengungen, bei mit Kohlensäure geschwängerter Atmosphäre, bei *dement. paral.* — Beim hysterischen Irresein dauern die Anfangs auch bei anderem Irresein bestehenden nervösen Störungen (krankh. Bewegungen, Anomalieen der Sensibilität und der specif. Sensationen) mit psychischen fort (die seltenere Form) —, oder bald alterniren beide Symptome, die Nervenzufälle mit dem (nie sehr langen) Delirium. Von den allgemeinen Kennzeichen des hyster.

Irreseins ragt hervor das mehr oder weniger klare Bewusstsein über die psychische Störung, während die geistige Kraft nur ausnahmsweise und vorübergehend vermindert ist. Sich selbst überlassen sind solche Kranke unfähig, ihre Gedanken zu „coordiniren", sie logisch zu verbinden, während ihre Intelligenz noch die Kraft besitzt, den Impulsen zu widerstehen, ähnlich wie bei artificiellem Irresein, besonders von Haschisch. Bei vielen Hysterischen und Hystero-Epileptischen kommt auch die Form des Somnambulismus intermittirend vor, die meist mit Convulsionen endet. Der Erotismus kommt nicht vorzugsweise der Hysterie zu, ist im Gegentheil selten. Es kommen mässig geschlechtliche Ideen und Bestrebungen vor, die nicht durch eine aus der cerebralen Excitation hervorgegangene grössere „Vitalität" des Geschlechtssinnes entstehen, sondern nur wegen Abschwächung des moralischen Willens ungescheuter geäussert werden. Die Hysterie ist ein allgemein nervöser Zustand, der bezüglich seiner Genese auf psychische und physische Ursachen, die ebensogut Geisteskrankheit, *chorea* etc. als Hysterie erzeugen können, nicht aber auf einen krankhaften Zustand des *uterus* zurückzuführen sind. Die Selbstmordgedanken scheinen bei Hysterie und Hystero-Epilepsie aus sich selbst zu kommen, entstehen ohne logische Verbindung, ohne Ziel, ohne inneren Grund, sind plötzlich da und werden wie automatisch ausgeführt. Ebenso die Ideen der Zerstörung, des Beissens u. s. w. — Verf. bekämpft das Vorurtheil, dass Heirathen diese Neurosen heilen. „Soviel ist absolut gewiss, dass kein wohlconstatirtes Factum je den leichtesten Anhalt zur Verbreitung dieser Meinung gegeben hat." Von 287 seiner Kranken haben 187 davon Gebrauch gemacht, und zwar 8 mit Hysterie, 17 mit Hystero-Epilepsie, 162 mit Epilepsie: von ihnen Allen hat nicht nur keine Einzige Heilung gefunden, sondern die Mehrzahl, wenn nicht Alle, eine unmittelbare Verschlimmerung erfahren. Von den inneren Mitteln kam kein Erfolg, wohl aber von der Hydrotherapie nach *Ideler*. (Nachdem die Kranke am ganzen Körper mit einem groben, feuchten Schwamme frottirt worden ist, wird sie in eine leere Badewanne gesetzt und ein sehr kräftiger Strahl kalten Wassers ausschliesslich längs der Wirbelsäule applicirt, ca. 3—5 Min. lang, so dass die Haut roth wird. Bei unregelmässigen *menses* wird 1—2 Min. die Douche auch gegen die Genitalien gerichtet. Hierauf turnen die Kranken ½—1 Stunde.) Verf. folgert, dass die Hysterischen die beste Prognose gewähren, die Epileptischen dagegen die relativ und absolut ungünstigste, die Hystero-Epileptischen eine mehr oder weniger günstige, je nachdem das epileptische Element das hysterische überwiegt, oder umgekehrt. (l'Union 69. 72. 75. 79. 83. 89.

90. 94. 97. 102. 1865 und *Huppert* in *Schmidt's* Jahrb. 1866. No. 11. S. 206.)

Die Schädelknochen des Greisenalters — fand *J. Chrastina* in 1,200 Obductionen häufig verdünnt, die Diploë ganz oder theilweise aufgezehrt; die Glastafel oft sklerosirt, an manchen Stellen beide Lamellen bis zur Papierdicke atrophirt. Die harte Hirnhaut meist an die Glastafel festgeheftet. Das Visceralblatt der *arachnoidea* serös infiltrirt, stellenweise milchig getrübt und hier und da, besonders an der Sichel, mit knorpligen oder knöchernen Platten besetzt; *pia mater* durchfeuchtet, Phlebektasie, Atherose der kleinen Arterien, Obturation, spontane Zerreissung derselben und Hämorrhagie der Meningen oder des Gehirns. Gehirn und Rückenmark verlieren an Volumen, und der dadurch entstandene Raum wird durch Ansammlung von seröser Flüssigkeit im Unterarachnoidealraume ausgefüllt. Die Atrophie ergreift mehr die graue Substanz, doch nimmt auch die weisse daran Theil. Diese Sklerose ist in der Nähe der Ventrikel, die gewöhnlich ein dichteres Ependym haben und erweitert sind, am merklichsten. Das Grosshirn leidet zuerst, das Kleinhirn fast nie an Atrophie. *Virchow* fand an vielen Stellen der atrophischen Nervensubstanz eine Amyloidentartung. (Oesterr. Zeitschr. f. pr. Heilk. X. 13. 14. 16. 21. 1864 und *Schmidt's* Jahrb. 1866. Nr. 7. Seite 95.)

„*Ueber die Agoniesteigerung der Körperwärme bei Krankheiten des Centralnervensystems*“ — spricht sich Dr. *Erb* dahin aus, dass in den meisten, wenn nicht in allen Erkrankungen der nervösen Centralapparate, mit oder ohne pathol.-anatomische Basis, mögen dieselben von Krämpfen begleitet sein oder nicht, sich mit der Nähe des Todes, unter den Erscheinungen schwer gestörter und darniederliegenden Hirnfunctionen eine mehr oder weniger rapide, das gewöhnliche Maass oft weit übersteigende Steigerung der Eigenwärme einstellt, welche in vielen Fällen auch nach dem Erlöschen der Respiration und Herzthätigkeit noch einige Zeit fortdauert. Es ist bemerkenswerth, dass solche Temperaturexcesse dann auftreten, wenn der Tod vom Gehirn aus erfolgt, dass aber bei sonst gleichen Krankheiten, wenn Herz oder Lungen die *atria mortis* sind, die finale Steigerung fehlt, weil hier die nöthigen Bedingungen der Wärmebildung geschmälert werden. Führt aber die ungestörte Respiration noch reichlich Sauerstoff zu, wie wir bei sonstiger Lähmung des Nervensystems beobachten, so ist hierin auch die Möglichkeit der hohen Temperatur gegeben. Die Art der Veränderung im Nerven-

system selbst ist ohne Einfluss auf die finale Wärmebildung, man findet sie daher auch bei allen möglichen anatomischen und auch nur bei rein functionellen Erkrankungen. (Arch. f. klin. Med. I. 2. 1865. u. *Schmidt's* Jahrb. 1866. Nr. 7. S. 21.)

Die hellen Zwischenräume bei den Irren. — *Billod*, Arzt des Asyles Saint-Gemmes, las in der Sitzung der Pariser Academie der Medicin am 26. März 1867 unter der Präsidenz von *Tardieu* eine Schrift vor, die den Titel führte: Considérations médico-légales sur les intervalles dits lucides chez les aliénés. Da der traditionelle Glaube an die *intervalla* oder *momenta lucida* bei den Geisteskranken Fragen der Verantwortlichkeit für sie aufwirft, deren Wichtigkeit sich leicht einsehen lässt, so hat der Verf. sich vorgesetzt, zu untersuchen, ob die Existenz solcher *intervalla* oder *momenta* wohl eine Thatsache constatire, nach der man den Sinn, welcher dieser Bezeichnung beizulegen passend sei, ohne Einschränkung annehmen und in allen Fällen festsetzen dürfe. Er theilt eine detaillirte Beobachtung mit, die er in seinem Dienste im Asyle zu Saint-Gemmes niedergeschrieben hat. Es resultire daraus, bemerkt er, dass die Annahme, auf welcher der Glaube an die genannten Zwischenräume und *momenta* beruhe, nur unter Vorbehalt einer besonderen Interpretation statuirt werden könne, die selbige 1) auf Intervalle in dem intermittirenden Irresein und 2) auf Zustände von intellectueller Lucidität beschränke, welche bei verschiedenen Irren mit einem mehr oder weniger partiellen Delirium vereinigt erscheine. Dies zugegeben, bleibe eine Unterscheidung zwischen den von einem Geisteskranken begangenen Handlungen in vernünftige und unvernünftige festzusetzen, woraus sich ergebe, dass zur Beurtheilung der Bedeutung der Handlungen der Irren es bisweilen nöthig sei, von ihrer Beschaffenheit als Irre abzusehen und die Handlung selbst etwas genauer zu betrachten, als es gewöhnlich geschehe, die für vernünftig gehalten werden könne, obschon sie von einem an Geistesstörung leidenden Menschen ausgeübt wäre. Dr. *Droste.*

In Frankreich — wurde auf Befehl des Präfect-Senators *de Maupas* eine Dame in die Irrenanstalt von Marseille gebracht. Nach 2 Monaten Haft wurde sie in Folge eines Urtheils des Civil-Tribunals wieder in Freiheit gesetzt. Die Dame verfolgte hierauf die Aerzte, die sie für wahnsinnig erkannt hatten, vor den Gerichten. Dieselben wurden aber freigesprochen. Die Dame wandte sich nun an den Staatsrath, um Herrn *de Maupas*, auf dessen Befehl sie in die Irrenanstalt kam, vor dem Zuchtpolizeigericht wegen Missbrauchs

seiner Amtsgewalt verfolgen zu dürfen. Dieser sprach sich aber auch gegen die Dame aus, und Herrn *de Maupas* von jeder Verantwortlichkeit frei. Der Beschluss des Staatsraths lautet, wie folgt: „*Napoleon* etc. In Erwägung, dass, wenn es auch zu bedauern ist, dass die im Art. 18. des Gesetzes vom 30. Juni 1838 vorgeschriebenen Bestimmungen nicht alle streng beobachtet worden sind, als man die die Dame *E.* betreffende Verordnung erliess, der Senator-Präfect der Bouches du Rhone sich doch, Angesichts der Briefe und des Protokolls des Polizei-Commissars, der Berichte der Aerzte und wegen anderer Umstände bei der Sache, ermächtigt glauben konnte, die Versetzung der genannten Dame in die Irrenanstalt von Marseille anzuordnen; nach Anhörung Unseres Staatsrathes haben Wir decretirt und decretiren: Art. 1. Das Gesuch der Dame *E.* wird hiermit verworfen. Art. 2. Unser Staats-Minister und Unser Minister-Staatssecretair sind, in soweit es jeden derselben betrifft, mit der Ausführung des gegenwärtigen Decrets betraut. *Napoleon.*“ — (Rostocker Zeitung. 1866. No. 228.)

Fortschritte in Frankreich. — In Ardèche, Morbihan, Tarn-et-Garonne werden Vorbereitungen zum Bau von Departementalanstalten getroffen. In Lyon, deren Anstalt zu Antiquaille so mangelhaft ist, sind die Mittel zu einer Anstalt für 1,200 Kranke extra muros votirt. Es werden bald eröffnet die Ackerbauanstalt zu Aisne und die klinische Anstalt zu St. Anne für Paris. Das Departement de la Mayenne hat 70,000 Frcs. für Vollendung (achèvement) der Anstalt Roche - Gandon bestimmt. Ille-et-Vilaine und Finistère lassen ihre Anstalten vergrössern. Die Seine-Inférieure hat die Uebersiedelung der Anstalt St.-Yon nach Rouen beschlossen. (Ann. méd.-psych. Mars 1867. p. 371.)

In Frankreich — hat der Minister des Innern im Februar 1867 befohlen, dass Gefangene, deren Geistesstörung constatirt ist, der Irrenanstalt überwiesen werden sollen. Das Interesse für die Bestrafung eines Gefangenen muss dem Mitleide für den Erkrankten weichen. (Ann. méd.-psych. Mars 1867. p. 372.)

Das Asyl St.-Anne —, dessen provisorische Direction Dr. *Girard de Cailleux*, Generalinspector des Seinedepartements, erhalten, wird nächstens eröffnet. Die Aerzte werden dort wohnen, dürfen nicht praktisiren und sich nicht an einer Privatanstalt betheiligen. Sie erhalten 8,000 Frcs. Gehalt. Ein Ober-Apotheker wird mit 4,000 Frcs.

und 4 Internes mit je 600 Frcs. angestellt. (Ann. méd.-psych. Mars 1867. p. 369.)

Irrenzählung in England. — In England und Wales, mit einer Bevölkerung von 20,081,725 Seelen, waren 1864 in 156 Irrenanstalten 28,285 Kranke, und zwar Pensionäre 5,327, Arme 22,958, ausserdem vereinzelt 209. In 668 Arbeitshäusern mit 132,304 Bewohnern waren 9,710 Irre. Von 872,342 einzeln unterstützten Personen waren 6,541 geisteskrank. In der Anstalt für irre Verbrecher befanden sich 95, in Untersuchungshaft 107. Im Ganzen waren daher 44,847 Irre vorhanden, daher auf 448 Bewohner 1 Irrer. Gesetzlich untersuchte Fälle von Selbstmord 1,385, auf welche meist „temporärer Wahnsinn" das Verdict lautete.

In Schottland waren in 26 Irrenanstalten (9 öffentlichen und 17 privaten) 3,749 Irre, vereinzelt 21. In 48 Armenhäusern waren 883 Irre aufgenommen; unterstützt wurden ausserdem 1,679. In den Gefängnissen 33, vereinzelt 1,900, daher im Ganzen in Schottland 8,265, und das Verhältniss zur Bevölkerung 1 zu 371.

In Irland, wo *Swift* vor 100 Jahren zweifelte, dass man unter den 2¼ Millionen Bewohnern 60 „wahre Irre" auffinden würde, sind jetzt 37 Irrenanstalten (17 öffentliche und 20 private) mit 5,301 Kranken. Irrenpfleglinge in Arbeitshäusern sind 2,455. Im Central-Asyl für irre Verbrecher sind 127, in den Gefängnissen 378, vereinzelt 8,384, im Ganzen daher 16,645 Irre, so dass das Verhältniss zu den Gesunden wie 1 zu 350 ist.

Im vereinigten Königreich giebt es daher in 219 Armenanstalten (84 öffentlichen und 135 privaten) 37,355 Irre, einzelne Privatkranke 230, in 879 Arbeitshäusern und Armenhäusern 13,028, einzelne arme Kranke 8,220, in Gefängnissen 640, einzelne, nicht unter Jurisdiction stehende 10,284, in Summa 69,757 Irre, daher das Verhältniss wie 1 zu 415. (Statistics of lunacy, Great Britain and Ireland. 1864.)

Wilts county asylum — ist in langsamem aber stetigem Wachsen begriffen; während im Jahre 1865 im Durchschnitt 402,6 Personen sich in Behandlung befanden, betrug diese Ziffer im Jahre 1866 465,7. Ein neuer Flügel für 40 männliche Kranke sieht der Vollendung entgegen. Beim Beginn des Jahres 1866 befanden sich in der Anstalt 166 M., 246 Fr., aufgenommen wurden im Laufe des Jahres 58 M., 62 Fr., von denen 13 resp. 19 im Wiederholungsfalle. Als genesen wurden entlassen 46, also 38,3 pCt., gegen das 15jährige Durchschnittsverhältniss von 42,1 pCt., was sich aus der unverhältnissmässig grossen Zahl von Aufnahmen decrepider, epileptischer

und paralytischer Kranken in diesem Jahre erklärt. Von Irren-Verbrechern befanden sich, wie im Vorjahre, 4 in der Anstalt. Der Gesundheitszustand war, obwohl Epidemieen und selbst die in der Gegend herrschende Cholera die Anstalt verschonte, nicht besonders günstig, theils wegen des vielen schwächlichen Zuwachses, theils wegen ungünstiger Witterungsverhältnisse. Es starben 24 M., 25 Fr. Das 15jährige Durchschnittsverhältniss von 11,6 pCt. wurde nur um 0,1 pCt. überschritten. Die meisten Todesursachen gehörten Brust- und Herzkrankheiten an, nämlich 20, während 17 Fälle Gehirn- und Nervenkrankheiten erlagen; 4 starben an Entkräftung und Altersschwäche. 4 Todesfälle wurden Gegenstand gerichtlicher Untersuchung; 2 davon betrafen Epileptische, welche während des Anfalles im Bett erstickten, der 3te Fall betraf einen melancholischen Nahrungsverweigerer, welcher bei der künstlichen Fütterung erstickte; der 4te Fall, ein Melancholischer, tödtete sich selbst, indem er sich mit einer Sichel den Hals abschnitt. In allen 4 Fällen fand die Jury keine Veranlassung, einen der Wärter wegen Fahrlässigkeit zu bestrafen. Entweichungen kamen 9 vor, darunter 1 von einer weiblichen Kranken, welche aus Sehnsucht nach ihrem Kinde nach dessen Aufenthaltsort, 20 Meilen weit, sich begab. Die Mehrzahl wurde binnen wenigen Tagen wieder zugebracht, das längste Ausbleiben betrug 11 Tage. Eine im September 1865 aufgenommene Kranke gebar im Januar 1866 einen Knaben und wurde mit dem Kinde im März als genesen entlassen. Reparaturen in der Anstalts-Kapelle gaben Veranlassung, dass die Kranken 2 benachbarte Kirchen besuchten; ihr Benehmen dabei war stets ein musterhaftes. Mittags erhalten die Kranken 4 mal wöchentlich Fleisch, an einem Tage gebackenen Reis, an einem anderen Schmalz-Pudding, dazu Brod und ½ Pinte Bier. — Das Wärterpersonal besteht aus 11 männl. und 15 weibl. Wärtern, wozu noch 2 sogenannte Aussen-Thor-Wärter kommen. — Die wöchentlichen Unterhaltungskosten beliefen sich bereits auf 8 Sh. 9 Pce. (Dr. *John Thurnam*. Sixteenth annual report of the Wilts county asylum, Devizes 1867. cf. Allg. Ztschr. Jhrg. 1864.) Dr. *von Gellhorn*.

Royal Victoria Hospital — dient zur ärztlichen Ausbildung von 45 Aerzten der Army Medical School zu Netley Southampton. Man fängt jetzt dort an, auch eine Irrenanstalt für die Armee zu bauen, die zugleich als psychiatrische Klinik für die Akademie benutzt werden wird. Das System grosser breiter Corridore, die zugleich als Tagesaufenthalt für die Kranken dienen, wird auch hier, wie in

allen anderen englischen Irrenhäusern, zur Anwendung kommen. (Deutsche Klinik Nr. 5. 1867.)

Dr. *Baker Brown* —, welcher durch die Clitoridektomie ungewöhnlich günstige Erfolge in der Behandlung gewisser Nervenkrankheiten, des Irrsinns, der Hysterie, Epilepsie erhalten zu haben behauptete, wurde von der geburtshülflichen Gesellschaft in London wegen unwürdigen Benehmens und unwahrer Angaben ausgeschlossen. (Med. Times and Gaz. de 6 April 1867.)

In Paris — wird vom 17. — 30. August d. J. ein „congrès international d'anthropologie et d'archéologie préhistorique" abgehalten werden.

In Padua — ist ein neuer Lehrstuhl für Psychiatrie errichtet und Dr. *Tebaldi* in Verona dafür erwählt worden.

In Connecticut — brachte der gesetzgebende Körper ein Gesetz ein für ein Staats-Hospital für Geistesgestörte mit Bewilligung von 200,000 Dollars. (Bost. med. Journ.)

In Chili — existirt eine Irrenanstalt zu Santiago seit 1852. Seitdem bis 1864 hat sie aufgenommen 736 Kranke (414 Männer und 322 Weiber), entlassen 420 (225 M. u. 195 W.), gestorben 110 (64 M. und 46 W.). (J. de la Soc. de statist. de Par. Févr. 1867.)

Die von Schlagintweit'sche Sammlung ethnographischer Köpfe — aus Indien und Hochasien ist zu beziehen durch die Buchhandlung von J. A. Barth in Leipzig. I. Metall-Ausgabe: einzelne Köpfe à 10 Thlr., bei mindestens 25 Köpfen à 8 Thlr., bei vollständiger Sammlung (275 Köpfe) 2,000 Thlr. II. Gips-Ausgabe: einzelne 2 Thlr., bei mindestens 100 Köpfen a) ohne metallischen Ton à 1¼ Thlr., b) mit metallischem Ton à 1⅓ Thlr., bei ganzer Sammlung a) ohne metall. Ton 326⅓ Thlr., b) mit metall. Ton 348⅓ Thlr.

Nekrolog. — *Johann Fr. Hermann Albers,* geboren den 14. November 1805 zu Dorsten a. d. Lippe, bezog nach Absolvirung der Gymnasialstudien Michaelis 1823 die Universität Bonn, wo er bei der medicinischen Facultät inscribirt wurde. Während der Studienzeit trat er in näheres Verhältniss zu *Carl Mayer*, dem Physiologen, *Philipp von Walther*, dem Chirurgen, und *Friedrich Nasse*, dem Cliniker, welchem Letzteren er sich besonders anschloss. Nachdem er am

7. Juni 1828 zum Doctor medicinae et chirurgiae promovirt war, wozu er eine Dissertation „*de alimentis, quibus Graeci Hippocratis temporibus utebantur*" geschrieben, zog er nach Berlin, um neben der Absolvirung des Staatsexamens sich ein Jahr lang wissenschaftlichen Studien hinzugeben. Nach Bonn auf den Wunsch *Nasse's* als erster Assistenzarzt der medicinischen Clinik zurückgekehrt, habilitirte er sich im Jahre 1829 als Privatdocent der medicinischen Facultät. Zu diesem Zwecke hatte er die Monographie über Pathologie und Therapie der Kehlkopfgeschwüre verfasst. Durch die Studien zu dieser Arbeit wurde der Grund zu seiner späteren wissenschaftlichen Richtung gelegt. In jener Zeit bildeten bestimmte Symptomencomplexe den Begriff des Krankheitsbildes ohne strenge Berücksichtigung des pathologischen Befundes, welche die Krankheitssymptome erregen. *Albers* richtete sein Hauptaugenmerk auf die Schilderung des pathologischen Befundes, um daraus die Symptomencomplexe zu erklären und die Indicationen zur Heilung aufzustellen. In derselben Richtung wurden die „Darmgeschwüre" 1830 verfasst. 1831 wurde *Albers* zum ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät zu Bonn ernannt. Fortgesetzte pathologische Studien reiften in *Albers* den Wunsch, zur Erleichterung des Studiums der pathologischen Anatomie und zur Anregung der Aerzte zu dieser so wichtigen Disciplin ein Bilderwerk zu verfassen, welches in Deutschland nicht vorhanden war. Zwei und dreissig Jahre eifrigster Arbeit wurden diesem Werke gewidmet, bei dem Schwierigkeiten der mannigfachsten Art zu überwinden waren. Diese Arbeit wird seinen Namen in der medicinischen Welt stets erhalten und den Beweis führen, was deutscher Fleiss und Ausdauer vermögen. Im Jahre 1834 erschien das Lehrbuch der Semiotik, welches *Hufeland*, Enchiridion medicum S. 11, ein klassisches nannte, in erster Auflage, welcher 1852 die 2te und 1864 die 3te Auflage folgte.

Neben allen diesen Arbeiten hielt *Albers* an der Universität Vorlesungen über Pathologie und Therapie, pathologische Anatomie, Arzneimittellehre und Geisteskrankheiten, welche zahlreich besucht wurden. 1838—40 erschienen 3 Bände Beobachtungen auf dem Gebiete der Pathologie und pathologischen Anatomie, 1842—44 das Handbuch der allgemeinen Pathologie.

Verschiedene auswärtige ehrenvolle Berufungen an andere Universitäten lehnte er ab, wurde jedoch erst 1862 zum ordentlichen Professor ernannt.

1850 erschien ein kurzer Abriss über Auscultation, Percussion und Spirometrie, 1852 ein Handbuch der allgemeinen Arzneimittellehre, 1854 ein Memorandum der Geisteskrankheiten.

Ausser diesen grösseren Arbeiten betheiligte er sich als Mitarbeiter an vielen Journalen und stand als beliebter und gesuchter Arzt einer Privatpraxis vor. Als praktischer Arzt beschäftigte er sich vorzugsweise gern mit Geisteskrankheiten, zu deren Beobachtung und Behandlung der Umgang mit *Nasse* und *Max Jakobi* in Siegburg den Grund gelegt hatte. Das Jahr 1850 brachte einen lange gehegten Wunsch zur Ausführung: die Gründung einer Privatanstalt für Geisteskranke. Welchen Eifer und Ausdauer er in der Behandlung dieser Kranken zeigte, dafür Beweise anzuführen, würde nicht schwer fallen. Die glücklichsten Tage seines Lebens waren, wenn er einen schwer Erkrankten geheilt den Seinen zurückgeben konnte. Um die Aufsicht selbst zu führen, versagte sich *Albers* jeden Genuss; nur in dem Verkehr mit seinen Kranken und seiner Wissenschaft fand er Erholung. Zum 50jährigen Doctorjubiläum von *Harless* sammelte er einen Fond zur Gründung eines Preises für den Verfasser der besten klinischen Arbeit unter den Studirenden; zum Jubelfeste *Nasse*'s gründete er die *Nasse*-Stiftung für Wittwen und Waisen von hülfsbedürftigen Aerzten.

Eine solche anstrengende Lebensweise blieb nicht ohne Folgen, es stellten sich Hämorrhoiden in hohem Grade ein, die indessen nicht mehr flossen und starke Gehirncongestionen erzeugten. Einem solchen congestiven Anfalle erlag *Albers* am 11. Mai 1867 plötzlich Abends gegen 11 Uhr, nachdem er sich froh und munter vorher im Familienkreise bewegt hatte. Sein liebevolles freundliches Wesen werden ihm bei seinen Collegen, Schülern und Kranken ein dauerndes Andenken erhalten.

Einladung.

Mit Beziehung auf die im letzten Doppelhefte Seite 262 f. gegebene Mittheilung, dass vom Ort und Tag der diesjährigen Versammlung des deutschen Vereines der Irrenärzte Nachricht gegeben werden soll, laden wir nun, nachdem die Naturforscher-Versammlung auf den 18. September d. J. nach Frankfurt a. M. ausgeschrieben ist, die verehrten Mitglieder unseres Vereines und andere psychiatrische Collegen des In- und Auslandes ein, sich am 15. Abends zu Heppenheim an der Bergstrasse, im Grossherzogthum Hessen, einzufinden.

Die Vereinssitzungen werden am 16. und 17. September, nach dem freundlichen Anerbieten des Herrn Director *Ludwig*, in einem Saale der Heppenheimer Anstalt gehalten werden.

Als Gegenstände der Besprechung liegen die Band XXIII. Seite 598 f. genannten Gegenstände vor:

„Pathologisch anatomische Untersuchungen der allgemeinen Paralyse."

„Das Delirium acutum."

„Vorschläge über Aufnahmsbedingungen in Folge des Beschlusses der Hildesheimer Versammlung."

Herr Director *Ludwig* zu Heppenheim hat die angelegentliche Bitte an uns gerichtet, dass wir die geehrten Collegen, welche die diesjährige Versammlung besuchen wollen, veranlassen möchten, ihm wegen Beschaffung von Wohnungen zeitig genug, womöglich Anfangs September d. J., Nachricht zukommen zu lassen.

Der Vorstand.

Dr. *C. F. Flemming*. Dr. *P. Jessen*. Dr. *Roller*.
Dr. *Solbrig*. Dr. *H. Laehr*.

Personal-Nachrichten.

Geheimer Rath Prof. Dr. *Mittermaier* in Heidelberg hat an seinem 80. Geburtstage vom Kaiser von Oesterreich das Grosskreuz des Franz-Joseph-Ordens erhalten.

Der bish. Director der Irrenanstalt zu Görlitz, Dr. *Reimer*, hat den Charakter als Sanitätsrath erhalten.

Der bisherige 2te Arzt der Provinzial-Irrenanstalt zu Halle, Dr. *Köppe*, ist zum Director derselben ernannt worden.

Prof. Dr. *Albers* an der Universität Bonn und Director einer Privat-Irrenanstalt daselbst ist gestorben.

Die Stelle einer Ober-Aufseherin in der Irrenheilanstalt Sachsenberg wird erledigt. Gehalt 175 Thaler mit völlig freier Station. Meldungen bei der Direction daselbst.

Inhalt.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin.

Ueber hämorrhagische Muskel-Rupturen bei schweren Hirnprocessen.

Von

Dr. H. Schüle,

Hülfsarzt in Illenau.

Seitdem durch die Arbeit *Virchow*'s der pathologisch-anatomische Charakter der Muskelentzündung und speciell der Rupturen des *m. rect. abdom.* festgestellt war, wurde die Aufmerksamkeit der Fachgenossen wiederholt diesem Processe zugewendet. Durch eine Reihe verdienstvoller Forschungen, von denen wir unter den neuesten nur die Monographie *Zenker*'s über die Veränderungen der willkürlichen Muskeln im *typhus abdom.* und den Aufsatz von *Waldeyer* in *Virchow*'s Archiv Bd. XXXIV. S. 473 u. flg. hervorheben, ist die pathologisch-anatomische und besonders auch die klinische Seite der angeregten Frage weiter ausgebaut worden.

In letzterer Hinsicht ist durch den Nachweis des Vorkommens dieser eigenthümlichen Muskeldegeneration in den verschiedenartigsten Krankheiten dem betreffenden Processe selbst eine erhöhte Wichtigkeit gesichert worden. Wir glauben in letzterer Hinsicht einen weiteren Beitrag durch die Mittheilung liefern zu können, dass wir in den Sectionen des verflossenen Jahres drei hieher gehörige Fälle beobachten konnten.

Alle drei Fälle stellten sich unter dem anatomischen Bilde der hämorrhagischen Muskelruptur dar (Muskelhämatom nach *Virchow*'s neuester Bezeichnung). In allen drei Fällen waren die hämorrhagischen Heerde nur von geringer Ausdehnung, die Lücken der auseinander gewichenen Muskelsubstanz ausfüllend; durch das umgebende Muskelgewebe waren aber, besonders an der dunkelkirschrothen Schnittfläche kenntlich, nach Längs- und Quer-Richtung hin intensive Suggillationen verbreitet. In nächster Umgebung der Ruptur und an entfernteren Stellen zeigten sich die charakteristischen, schon von *Virchow* (Würzb. Verhdlgn. VII. 215) beschriebenen Farbe- und Consistenz-Veränderungen des Parenchyms; besonders reichlich trat auch in einem Falle die ödematöse Infiltration des intramusculären Bindegewebes hervor.

Zweimal betraf die Veränderung den *m. rect. abdom.* und zwar gleichseitig im untren Dritttheil; einmal den *m. psoas.* —

Bei der mikroskopischen Untersuchung war die Veränderung in den Primitivbündeln vorzugsweise in der Form der körnigen Degeneration ausgesprochen mit deutlicher Dickenzunahme der Bündel, mit Verlust der Querstreifung und Zerfall der contractilen Substanz in Fragmente. Spärlicher war der fettige Zerfall mit Verschmälerung der Fibrillen vertreten. Die wachsartige Degeneration (*Zenker*) kam in unseren Fällen nur in überwiegend geringer Menge vor, als kleine unregelmässig geformte Klümpchen (siehe Fig. 1. a., Fig. 2. a.). *Zenker* weist dieselbe auch vorzugsweise dem Typhusprocesse zu (l. c. S. 101).



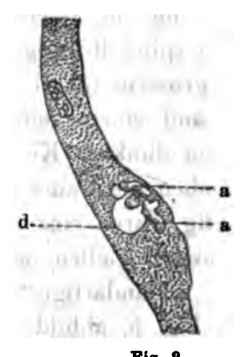


Fig. 1. Fig. 2.

Nach der Natur gezeichnet.

Sehr hervortretend war die Theilnahme der Muskelzellen. Meist waren dieselben vergrössert (mit gewucherten Kernen), in weitaus den meisten Fibrillen vermehrt, oft zeilenweise sich aneinanderreihend, in einem oder mehreren parallelen Zügen (Fig. 1. b.), oft haufenweise in vieleckigen und runden Formen dem Bündel aufgelagert „ähnlich einem Epithel“ (Fig. 1. c.).

Die Bilder und besonders die Beschreibung, die *Waldeyer* (l. c.) giebt, stimmen ganz mit unseren Fällen überein; auch die von ihm als „Muskelzellenschläuche“ bezeichneten Gebilde waren reichlich zu sehen, namentlich mehrfach sehr deutlich mit benachbarten, noch die Querstreifung darbietenden, Muskelpartieen abwechselnd. Wir stimmen aus dem letzteren Grunde auch der genetischen Deutung, die der genannte Autor über den ganzen erwähnten Vorgang giebt, durchaus bei. Mehrfach (Fig. 2. d.) war auch die gleichfalls von *Waldeyer* hervorgehobene Vacuolenbildung nachzuweisen, und zwar müssen wir für eine Reihe derselben

den Verdacht eines Artefacts ausschliessen, da wir sie am frischen Muskel auffanden; freilich scheinen die Vacuolen künstlich sich noch zu vergrössern.

Das *perimysium internum* war in allen Fällen unserer Untersuchung in reichlicher Wucherung; vorwiegend traten die spindelförmigen, oft doppelt geschweiften Zellen mit grossem länglichem Kern, deutlichen Kernkörperchen und einem feinpunktirten, oft mit stark lichtbrechenden dunklen Körnchen ausgestatteten Inhalt hervor; daneben aber auch kleinere, mehr rundliche Zellen; sehr häufig waren einzelne Fibrillen von den Ausläufern dieser jungen Zellen in verschiedener Zeichnung umsponnen. „Bandartige“ Elemente, wie sie *Zenker* auf Taf. IV. Fig. 5. abbildet, kamen auch in unseren Fällen vielfach vor; in Betreff der Auffassung derselben, ob der progressiven oder regressiven Entwickelungsreihe angehörig, sind wir nicht zum Abschlusse gekommen.

Klinische Symptome hatte das Leiden während des Lebens nicht gesetzt, wohl mit aus dem Umstande, dass alle drei Kranke gegen Ende ihres Lebens längere Zeit bettlägerig gewesen waren, und bei der schweren Bewusstseinsstörung, die Jedem derselben zukam, keine Auskunft über sich zu geben im Stande waren. Bei Einem derselben müssen vielleicht als directe Ursache der Ruptur die heftigen convulsivischen Durchschütterungen des Körpers mehrere Tage vor dem Tode angeführt werden. —

Interessanter aber gestaltet sich die Frage nach der Genese der eigentlichen Muskelerkrankung selbst. *Zenker* hat die letztere, unter Bezugnahme auf die bekannte Beobachtung *Rokitansky*'s von ausgedehntester Muskeldegeneration in einem Falle von centraler *myelitis*, auf die Erkrankung „eines die Muskeln regulirenden nervösen Centrums“ zurückzuführen gesucht, dessen hypothetische Existenz er mit guten Gründen darzu-

thun sucht. Ohne diese Hypothese selbst hier weiter prüfen zu wollen, glauben wir, dass unsere Fälle für den zweiten Theil derselben wie er von *Zenker* formulirt wird, einige erweiternde Anhaltspunkte geben.

Zenker verlegt nämlich den Sitz seines hypothetischen Centrums „mit Wahrscheinlichkeit in das Rückenmark". Nun repräsentiren aber unsere Fälle gerade drei vorwiegend schwere Hirnerkrankungen; zwei der Kranken gehörten nämlich dem Endstadium der *dementia paralytica* an, der andere Fall betraf eine bejahrte Frau, die schon Jahre lang vor der Psychose an central bedingter Amaurose und allmähligem Schwinden des Geruchs erkrankt, endlich in hohe Bewusstseinsstörung mit dem für diese Hirnprocesse charakteristischen *delirium* verfiel; die Autopsie hatte Sclerose der Marksubstanz, Granulationen in den Ventrikeln, und eine hochgradige Atherose der Hirngefässe gezeigt.

Ohne nun hieraus einen bestimmt formulirten einseitigen Schluss ableiten zu wollen, da das Rückenmark in allen drei Autopsieen jeweils auch „auffallend weich" gefunden wurde, und in einem der *dement. paralyt.* Fälle genauer noch ein partieller Nervenröhrenzerfall in dem inneren Theile beider Seitenstränge mikroskopisch gefunden wurde — möchten wir doch bei der noch hypothetischen Localisation *Zenker*'s die Thatsache des Zusammentreffens der Muskeldegeneration mit einem schweren organischen Hirnprocesse besonders hervorheben. Der genetische Gesichtskreis für die in Rede stehende Krankheit wird dadurch erweitert, und der Forschung nach der genauen Localisirung, gegenüber der einseitigen Verlegung in das Rückenmark, eine neue Bahn zugewiesen.

Jedenfalls wird sich jetzt schon die praktische Wichtigkeit, in jedem schweren Hirnfalle der Möglichkeit des Vorkommens unserer Muskeldegeneration eingedenk zu sein, hieran anschliessen. —

Nun noch ein Wort über die weitere Entwickelung der local degenerirten Muskelstellen selbst. *Virchow* schon hatte (l. c. S. 217) die Frage aufgeworfen, ob nicht manche Muskelabscesse in den Bauchwandungen auf jene Rupturen zurückzuführen seien. Die späteren Autoren sind ihm hierin gefolgt, und namentlich sucht *Zenker* (S. 94) von pathologisch-anatomischer Seite die genauere Entwickelung seines Muskelprocesses bis zur Abscedirung festzustellen. Wir haben in einem Falle deutlich die Bestätigung dieser eben genannten Schilderung nachweisen können. Neben der parenchymatösen Entartung der Muskelbündel fand sich eine sehr reichliche Zellenwucherung im *perimys. intern.*, wobei ausser den spindelförmigen auch sehr viel kleinere, runde, mehr indifferente Zellen mit starker Kernwucherung hervortraten, von denen sehr viele mit Fetttröpfchen reichlich durchsetzt waren, so dass der degenerative Charakter des Processes sich unzweifelhaft aufdrängte. Hier wäre es in einer späteren Periode der Krankheit gewiss zur localen Abscedirung gekommen.

Wenn somit die Möglichkeit dieses Ausganges nicht abzuweisen ist, so verleihen zwei weitere während des letzten Jahres uns bei der Section vorgekommene Fälle von ausgedehnter Muskelvereiterung unserer Frage ein erhöhtes Interesse. In diesen beiden Fällen zeigte sich der *m. quadrat. lumb.* auf der einen Seite der Wirbelsäule beinahe vollständig durch einen Eitersack ersetzt, unter dem nur eine schwache Lage von entfärbtem, ganz brüchigem Muskelparenchym, dessen Structur ganz unkenntlich geworden war, sich hinzog. In einem der Fälle erstreckte sich die Muskelvereiterung nach vorn bis in die Inguinalgegend und hatte hier grössere Theile des *m. transv. abdom.* zerstört, so dass das Bauchfell an mehreren Stellen durch den Eiter nach innen vorgebaucht erschien. Zerstreute Eiterheerde

liessen sich bis in den unteren Theil des *m. rect. abd.* dieser Seite nachweisen. Im andern Falle war die Eiterung mehr auf den *m. quadr. lumb.* beschränkt, doch zeigte sich der *m. ileo-psoas* derselben Seite stellenweise graugelblich entfärbt und sehr leicht zerreisslich; Eiterheerde fanden sich nicht darin vor. Das *peritonaeum* war auch in diesem Falle unverletzt, nur in den angrenzenden Partieen verdickt; im ersten Falle war das Zellgewebe zwischen *uterus* und Blase an zerstreuten Stellen eiterig infiltrirt (in *Virchow*'s Falle, l. c. S. 216, fand sich eine hämorrhagische Absonderung am *uterus*). — Kein constitutionelles Leiden in den übrigen Organen.

Obgleich in den beiden eben angeführten Fällen die mikroskopische Untersuchung fehlt, so ist bei dem Ausschluss etwaiger embolischer Processe die Annahme einer spontanen Muskelabscedirung am wahrscheinlichsten. Die in beiden Fällen vorgenommene genaue Untersuchung der Wirbel-, Rippen- und Darmbeinknochen liess beide Male die etwaige Betheiligung derselben am besprochenen Processe durchaus ausschliessen. Beide genannten Fälle waren, wie die erstbesprochenen, langdauernde Hirnkranke gewesen, was sich auch im Sectionsbefunde aussprach. Wir glauben deshalb bei dem Fehlen aller anderen ätiologischen Momente auch in diesen Fällen den Zusammenhang der Muskeldegeneration mit der Hirnerkrankung annehmen zu müssen.

Insofern aber durch Einbezug dieser zwei letzteren Fälle die Frequenz des Vorkommens des genannten Leidens noch höher steigt, und zwar circa 5 unter 50 Sectionen, so steigt damit auch die Wichtigkeit der Beachtung, der wir denn auch den angeregten Process bei unseren Collegen durch die vorstehende kurze Schilderung empfohlen wissen möchten. —

Bericht über die Idioten der Stadt Braunschweig *).

Von

Dr. **Berkhan**
in Braunschweig.

Die Anzahl der Idioten unserer Stadt ist bisher eine unbekannte gewesen. Zu einer Zählung derselben wurde ich dadurch angeregt, dass mir von Zeit zu Zeit betreffende Fälle von den Hülfe suchenden Eltern zugeführt wurden. Ausser diesen, die ich verzeichnete, fand ich solche gelegentlich eines Krankenbesuches vor oder in der Thür auf einem Stühlchen sitzend oder in irgend einem Winkel der Stube verborgen. Manche Idioten habe ich ferner spielend mit gesunden Kindern getroffen, durch ihr eigenthümliches Gebahren auffallend, oder auf der Strasse, geneckt von einer Anzahl Halberwachsener oder selbst in Wirthshäusern, eine Zielscheibe des Spottes. Ich habe ausserdem bei den Eltern idiotischer Kinder Nachfrage nach anderen solchen gehalten und gewöhnlich konnten sie mir einen oder den anderen Fall namhaft machen, den sie sich aus Mitleidenschaft gemerkt. Einige Fälle verdanke ich der Güte einzelner Collegen. Das so gewonnene Ergebniss wurde endlich noch durch Erkundigungen bei den Lehrern der hiesigen Armen-Schulen, sowie durch eine Musterung des hiesigen Pflegehauses,

*) Am 6. Juli im ärztlichen Vereine vorgetragen.

in welchem arme und elternlose kranke Kinder aufgenommen werden, vervollständigt.

Die so aufgesuchten Idioten kenne ich alle persönlich seit längerer Zeit, habe deren Verhältnisse, soweit dies möglich, eruirt und glaube, dass die Zählung keine unvollständige genannt werden darf.

Ich führe diese Einzelheiten hier absichtlich an, weil es mir aufgefallen, in dem so schönen Buche von *Brandes* über den Idiotismus die Angabe zu finden, dass die Stadt Hannover, die doch eine stärkere Einwohnerzahl als Braunschweig hat, nur 15 Idioten bis zum vollendeten 14. Lebensjahre, Hildesheim mit 16,000 Einwohnern 1 solchen beherberge, ein Verhältniss, welches mit meiner Zählung für Braunschweig bedeutend contrastirt, so dass ich glauben möchte, jene Zahlen erreichten bei weitem nicht die Wirklichheit. Jede Zählung von Kranken, wenn sie ein annähernd richtiges Ergebniss haben soll, kann nur durch einen Arzt geschehen, der ausser dem Interesse an derselben, eine gewisse Bekanntschaft mit der Oertlichkeit hat und hinreichende Zeit dazu zu verwenden weiss.

Gegenwärtig leben in der Stadt Braunschweig 56 von Geburt oder frühester Jugend an Blödsinnige. Es sind darunter auch leichtere Fälle inbegriffen, alle aber sind für die Zukunft als unselbstständig stehend zu betrachten. Nach der letzten Zählung vom Jahre 1864 beträgt die Einwohnerzahl der Stadt 45,450 (— 22,415 männl., 23,035 weibl. —), somit kommt auf etwa 811 Einwohner 1 Idiot. Unter diesen 56 Idioten sind 31 männl. und 25 weibl. Des Interesses wegen will ich die Anzahl der Geisteskranken hiesiger Stadt hier beifügen. Mein darüber geführtes Verzeichniss ergiebt Juni 1867: 99 Geisteskranke (45 männl., 54 weibl.), 1 auf etwa 459 Einwohner. Von diesen 99 sind meines Wissens 30 in der Anstalt zu Königslutter, 23 im hiesigen Pflegehause,

4 in Privatirrenanstalten, 4 in Pflege bei anderen Familien, die Uebrigen in ihren häuslichen Verhältnissen lebend. Die Anzahl der Geisteskranken hiesiger Stadt ist jedoch eine grössere und nur durch Zusammenwirken aller Aerzte hierselbst sicher zu ergründen.

In Bezug auf das Alter der hiesigen Idioten ist folgendes Verhältniss vorhanden:

0 — 5	Jahre	=	4
5 — 10	„	=	18
10 — 15	„	=	16
15 — 20	„	=	11
20 — 30	„	=	4
30 — 40	„	=	3
	Summa		56.

Was die jüngsten Idioten bis zu 5 Jahren betrifft, so sind dieselben ⅓, 1½, 1¾ und 4 Jahre alt. Die Diagnose machte in diesen Fällen keine Schwierigkeit, ja das Uebel wurde von den Eltern selbst zeitig erkannt. Einige Kinder, gegenwärtig gegen ½ Jahr alt, habe ich im Verdacht des Idiotismus, wage darüber jedoch trotz längerer Beobachtung kein bestimmtes Urtheil zu geben. Kinder, die mit Asymmetrie der Kopfbildung geboren werden, haben meine besondere Aufmerksamkeit erregt und sind einige Jahre lang von mir beobachtet. Bei einzelnen glich sich diese Asymmetrie nach Jahr und Tag aus und die geistige Entwickelung ist eine naturgemässe zu nennen, bei anderen hat sich dieselbe wenig gebessert und bei diesen bin ich noch gegenwärtig ungewiss, ob sie jetzt oder später als Idioten zu bezeichnen sind.

Den Umfang der Köpfe der Idioten betreffend, besteht folgendendes Verhältniss:

0— 5	Jahre	alt,	Minim.	11¼″,	Maxim.	21⅓″
5—10	„	„	„	17¼″,	„	22¾″
10—15	„	„	„	18¾″,	„	21⅓″
15—20	„	„	„	19⅓″,	„	21⅓″

20—30 Jahre alt, Minim. 19⅓″, Maxim. 21″
30—40 „ „ „ 19¾″, „ 21″.

Der Höhendurchmesser, von dem obern Ansatz des einen äussern Ohres über den Kopf bis zum anderen Ohransatze wurde von mir, wenn auch nicht in allen Fällen, so doch bei den extremen Kopfbildungen gemessen. Er beträgt als Minimum bei einem 4 Monate alten weibl. Idioten 6″ und als Maximum bei einem 9 Jahre alten männl. Idioten 13″. Ich habe zur Vergleichung Umfang und Höhe der Köpfe gleichaltriger gesunder Kinder gemessen. Die Maasse der letzteren waren, wenn auch nicht so grell, ebenfalls vielfach differirend. Eine Nebeneinanderstellung der, wenn ich so sagen darf, gesunden Kopfmaasse, mit denen der idiotischen gleichaltrigen ergab bald ein *plus*, bald ein *minus*. Das *minus* erschien etwas überwiegend, bestimmte Angaben wage ich darüber nicht zu machen, da dazu die Zahlen zu gering sind.

Auffallende Schädelformen, Gross- und Zwergköpfe, Lang- und Kurzköpfe, habe ich 15 mal gefunden, leichtere Anomalieen sind, sobald man einen Idioten betrachtet, bald entdeckt, aber bezüglich des Idiotismus nicht maassgebend, da solche in Menge bei ganz gesunden Kindern vorkommen. Selbst stärkere Anomalieen der Kopfbildung werden nicht selten bei Kindern gefunden, ohne dass auch nur die geringste Spur einer geistigen Störung vorhanden wäre. Ich möchte bei dieser Gelegenheit daran erinnern, wie manchmal man zu einem Kinde gerufen wird, das an einer Indigestion, an Schäuerchen oder auch an Masern, Scharlach mit vorwaltend nervösen Symptomen leidet, bei dem eine auffallend schmale oder hohe Stirn, ein sichtlich starker Querdurchmesser des Kopfes u. s. w. die Sorge um eine nachfolgende Meningealerkrankung oder rücklassenden Idiotismus längere Zeit wach hält — und wie relativ.

selten treffen die gefürchteten Uebel ein! Gleiches wie zuvor erwähnt, gilt auch von der Kopfform geisteskranker und gesunder Erwachsener, bald sind bei beiden auffallende Anomalieen vorhanden, bald sucht man vergebens danach.

Auffallend grosse und abstehende Ohren sind in 2 Fällen vorhanden. Ohrverbildungen oder Ohrgeschwülste habe ich nicht finden können. Wenn es wahr ist, dass Zerrungen der Ohren Geisteskranker Anlass zu Ohrblutgeschwulst zu geben vermögen, so müssen die Idioten, deren Nervensystem, sowie Ernährung sich vielfach den Geisteskranken analog verhält, auch ihr Contingent liefern, um so mehr, da sie bei ihrem mangelhaften Begriffsvermögen und ihrer Unlenksamkeit oft genug an den Ohren gezerrt werden, eine Erziehungsmethode, aus der mir manche Eltern gar kein Hehl machten. Ich erinnere mich nicht, einen Fall von Ohrblutgeschwulst bei einem Idioten gelesen zu haben, ich selbst habe diese Krankheit nur bei Geisteskranken gesehen.

An übrigen bemerkenswerthen Körperanomalieen habe ich gefunden: Schielen (nicht durch Flecken der Hornhaut bedingt) 6 mal, schwere Sprache und Stottern 21, Taubstummheit 1, auffallend schlechte Zähne 2, Vorstrecken der Zunge 2, Contracturen der Finger, des Fuss- und Handgelenkes 3, *genu valgum* 2, Lordosis und *pect. carinat.* 1, Fehlen von Fingern 1, Atrophie eines Arms 1, starker Leib 2, Nabelbruch 1, auffallend grosser *penis* 1, Mastdarmvorfall 1.

Ich will hier noch hinzufügen, dass ich Anschwellungen der *thyreoidea*, höchst unbedeutende abgerechnet, bei den hiesigen Idioten nicht aufgefunden habe, ferner dass ich Cretins in unserem Braunschweigischen Lande nicht aufzufinden vermochte, weder in Harzburg noch in Treseburg, welch letzterer Ort besonders früher als Cretinenort galt. Vor etwa 16 Jahren kannte ich in

Treseburg ein im mittleren Alter stehendes weibliches Wesen, das blödsinnig war, dabei einen zwerghaften Wuchs, sehr starken Kropf und eine lallende Sprache hatte und später verstarb. Vor zwei Jahren fand ich dort nur 2 idiotische Mädchen im Alter von 14 und 16 Jahren, die eine mit leichter Kropfbildung, vor.

Die Eltern der idiotischen Kinder gehören zumeist dem Arbeiterstande an und sind zum grösseten Theile arm. Von den 56 Idioten gehören nur 12 einem bemittelten Stande an. Die Wohnungen, in denen die idiotischen Kinder geboren wurden, sind meist niedrig, aber auch höher gelegene, armselige und enge Räume, in denen Scrophulose, hier und da auch Rhachitis angetroffen wird.

Bezüglich des Alters der Eltern trifft die Geburt des idiotischen Kindes beim Vater meist zwischen das 30. und 40., bei der Mutter zwischen das 20. und 30. Jahr. Die Mütter stillten zur Mehrzahl ihre Kinder, oft nur einige Monate. Unter den Idioten sind 6 unehelich geborene (von 4 waren keine Nachweisungen möglich). Manche unter den Idioten sind erstgeborene Kinder, die Mehrzahl aber später geborene, 1 mal sogar das 10. Kind. 2 sind Geschwister.

Noch auf einen Umstand möchte ich hier aufmerksam machen, der mir bei meinen Forschungen auffiel, die Sterblichkeit der Geschwister der Idioten. Sie ist eine bedeutende und zwar in den ersten Jahren. Von 52 betreffenden Familien (4 waren nicht nachzuweisen), haben 40 mehrere Kinder und zwar die Idioten nicht mitgezählt 182, von diesen 182 starben 63 sehr jung, meist einige Wochen oder Jahre alt, einige wenige nur herangewachsen. Der Tod dieser Kinder wurde gewöhnlich durch die bei Kindern armer Leute so oft zu findenden Schäuerchen und Gehirnentzündung herbeigeführt. Ich will hier einige Beispiele zum Belege anführen:

Aus der Ehe des verstorbenen Laternenansteckers

Bornemann auf der Kuhstrasse gingen folgende Kinder hervor:

1. Sohn, starb 18 Wochen alt. 2. Sohn, starb 22 Wochen alt. 3. Sohn, Idiot, lebt. 4. Tochter, starb 18 Wochen alt. 5. Sohn, starb 23 Jahre alt. 6. Tochter, gesund. 7. Sohn, starb $\frac{5}{4}$ Jahre alt. 8. Sohn, gesund.

Gasarbeiter *Kutschbach*, Bruchstrasse:

1. Tochter, gesund. 2. Sohn, gesund. 3. Tochter, starb $4\frac{1}{2}$ Jahre alt. 4. Sohn, starb 5 Wochen alt. 5. Sohn, gesund. 6. Sohn, starb jung. 7. Tochter, starb. 8. Tochter, gesund. 9. Sohn, starb. 10. Idiot.

Aus der Verwandtschaftsehe *Bock* (Geschwisterkinder) auf dem Werder folgende Kinder:

1. Sohn, Idiot, lebt. 2. Tochter, starb 3 Tage alt. 3. Sohn, starb $\frac{5}{4}$ Jahre alt. 4. Tochter, starb $\frac{7}{4}$ Jahre alt. 1 Fehlgeburt. 5. Sohn, war früher epileptisch. 6. Sohn, gesund. 7. Sohn, starb früh. 8. u. 9. Zwillinge, 1 todt, 1 lebendig geboren, starb nach 3 Tagen. 10. Sohn, starb früh. 11 Sohn, starb früh. 12. Sohn, starb $2\frac{1}{2}$ Jahre alt.

Unter den Ursachen des Idiotismus wurden mir in 51 Fällen von den Angehörigen bezeichnet: 2 mal Kränklichkeit der Mutter während der Schwangerschaft, 15 mal erschwerte Geburt (darunter 3 mal Anwendung der Zange, 3 mal Zwillingsgeburt, 2 mal Frühgeburt), 1 mal Sturz des Kindes auf den Boden bei der Geburt, 1 mal Sturz auf den Kopf und epileptische Anfälle in früher Jugend, 1 mal Masern mit Schäuerchen, 1 mal Masern mit nachbleibender Epilepsie, 1 mal Pocken, 8 mal Schäuerchen, 1 mal Epilepsie, 1 mal Erstickungsgefahr durch Gerathen unter die Bettdecke, 1 mal öfterer Genuss von Mohnabkochung, um das Kind zum Schlafen zu bringen, 1 mal war die Mutter geisteskrank, 1 mal Blutsverwandtschaft

vorhanden (Familie *Bock*). Bei den übrigen wussten die Angehörigen keine Ursachen anzugeben.

Noch möchte ich der Krankheiten erwähnen, die ich bei den hiesigen Idioten beobachtete. Dieselben sind ausser den häufig vorkommenden Convulsionen, Erosionen und auch Brandwunden, relativ gering. Am häufigsten kamen Masern vor, die mit denen nicht idiotischer Kinder gleichmässig und ohne Anomalie verliefen. Ein 6 Jahr altes idiotisches Mädchen, *Faber* auf der Kuhstrasse. welches stets in liegender Stellung zubringt, hatte im December vorigen Jahres den linken Oberschenkel gebrochen; nach Aussage der Eltern war die Patientin gar nicht von ihrem Lager entfernt und konnte keine äussere Gewalt eingewirkt haben. Die heftigen klonischen Muskelcontracturen der Extremitäten, an denen die Kleine von jeher litt und noch leidet, machten die Aussage der Eltern nicht unwahrscheinlich. Sie waren auch Veranlassung, dass das Bein trotz aller Mühe mit Verkürzung heilte.

Schliesslich möchte ich die Lage der Idioten hierselbst erwähnen. Von den 56 sind 45 in der Familie, 8 sind im hiesigen Pflegehause, 2 in anderen Familien, 1 im hiesigen Waisenhause untergebracht. Eins ist, was wie ein Fluch auf den Idioten lastet, die Armuth der betreffenden Familien. Da die Eltern täglich ihrem Erwerbe nachzugehen gezwungen sind, so wird die körperliche Pflege des idiotischen Kindes beeinträchtigt, aber auch die geistige, indem von Erziehung keine Rede sein kann. Solche Kinder existiren nur eben in irgend einem Winkel oder Stube. Einige von den Herangewachsenen besuchen die Schule, aber dieser Schulbesuch geschieht weniger, um eine Heranbildung der zurückgebliebenen Kinder zu ermöglichen, als vielmehr, um dieselben auf eine passende Weise eine Zeit des Tages unterzubringen. Es nehmen die idiotischen Kinder, wie ich mich überzeugt habe, die letzte Bank in der Schule ein, sie ver-

stehen wohl einige Striche mit der Feder zu machen oder einen Buchstaben anzugeben, sind auch an eine gewisse Disciplin gewöhnt, können aber nicht besonders berücksichtigt werden, da sie sonst ein Hemmschuh für die Ausbildung der geistig gesunden Schulkinder sein würden. Von den Erwachsenen werden einzelne beschäftigt mit Zusammenlegen von Druckbogen und Zeitungtragen, müssen aber für den geringen Verdienst der Lachlust und dem Hohne Anderer dienen. Weiteres will ich hier über die unglückliche Lage der Idioten nicht angeben, da dies schon früher an anderem Orte geschehen (Reichszeitung 1866).

Ob der Staat die Verpflichtung hat, für solche Hülfsbedürftige zu sorgen? Bei der Armuth der betreffenden Familien und bei der grossen Anzahl der Idioten — in unserem Lande mit 282,000 Einwohnern befinden sich wohl gegen 300 — sollte man dies meinen. Der Staat sorgt, wenn wir eine Analogie anziehen wollen, für die Geisteskranken, er nimmt den Angehörigen dadurch eine Last, er macht die Lage der Leidenden erträglicher und ermöglicht Heilungen. Aber man überschätze nicht, wie es so häufig geschieht, die Heilungen, man betrachte das Gros der unheilbaren Pfleglinge, welche zum grossen Leidwesen der Irrenärzte den grössten Theil der Anstalten einnehmen, somit dem Staate das meiste Geld kosten. Und was bei den Irren eine Heilung, das ist bei den Idioten eine durch Erziehung und Heranbildung ermöglichte, wenngleich abhängige Existenz. Wer möchte einer Klasse Leidender die Nothwendigkeit einer Staatshülfe nicht zuerkennen, die nur die öffentliche Aufmerksamkeit weniger zu erregen und ihr Anrecht auf Hülfe weniger geltend zu machen weiss, weil ihr Leiden von frühester Jugend an datirt!

Immerhin sind die Meinungen, ob der Staat verpflichtet sei, für die Idioten zu sorgen, oder ob dies

durch Privatwohlthätigkeit geschehen müsse, noch getheilt und die Zukunft wird erst die Stimmen zu einen im Stande sein.

In den civilisirtesten Staaten giebt es ein oder mehrere Idiotenanstalten, oder man ist dabei, solche zu bauen; aber unter allen diesen ist nur eine einzige vom Staate gegründete, Hubertusburg in Sachsen, die anderen sind durch milde Beiträge gestiftet.

Hoffen wir, dass auch den Idioten unseres Landes bald die eine oder die andere Hülfe zu Theil werde.

Beobachtungen über den Puls bei Geisteskranken.

Von

Dr. O. J. B. Wolff,
Hülfsarzt an der Irren-Heilanstalt Sachsenberg

II.

Methodische Krankenuntersuchungen, wie sie unsere Forschungen erheischen, können in der Irrenanstalt ebenso leicht, als in jedem anderen Krankenhause ausgeführt werden. Anfangs stösst man freilich, wie mit jeder neuen Sache, hier und dort ein wenig an, und wenn man sich früher die Einführung der Thermometrie mit ziemlicher Beharrlichkeit abzuwehren suchte, so wird man heutzutage gegen die Sphygmographie um so mehr eingenommen sein, als zur Anwendung dieser Untersuchungsmethode nicht blos ein ungleich kostbareres (30 Mal theureres) Instrument, als das Thermometer, nicht blos eine geübte Hand, die sich durch keinen Laien ersetzen lässt, erforderlich ist: sondern weil zur raschen uud vielfältigen Anwendung der Pulszeichenkunst eine Menge von Einrichtungen nothwendig sind, ohne welche diese Untersuchungsmethode ebenso unbequem wie nutzlos ist. Die Sphygmographie muss, wenn sie Resultate, wenn sie die ausserordentlichen Resultate, deren sie fähig ist, liefern soll, methodisch betrieben werden. Für methodisch fortgesetzte Untersuchungen

ist aber gerade die Irrenanstalt, in welcher Kranke wie Gesunde gewohnt sind und sich gewöhnen müssen, den Anordnungen pünktlich und mechanisch nachzukommen, ein ausserordentlich günstiger Platz. Es wird also von Schwierigkeiten, welche die Sphygmographie mache, bei uns, in der wohlgeordneten Anstalt kaum noch die Rede sein, da wir die consequente Ausführung von ärztlichen Anordnungen hier sicherer als irgendwo in der Hand haben.

Die nothwendigen Einrichtungen sind kurz folgende.

Man wählt sich in (der männlichen sowohl als in der weiblichen Abtheilung) der Anstalt zwei neben einander liegende, mit einander durch eine Thür verbundene Zimmer, die für alle Kranken der Abtheilung möglichst leicht zugänglich und ruhig gelegen sind. Im ersten, dem Zimmer A., wird thermometrirt, im zweiten, dem Zimmer B., wird sphygmographirt. In jenem lässt man die umhergehenden Kranken sich reihenweise niedersetzen und unter der Aufsicht eines Wärters die Thermometer in der Axilla halten. Dieses, das Zimmer B., ist womöglich zugleich für leichte bettlägerige Kranke eingerichtet und hat also meist eine Anzahl freier Betten. Jedenfalls aber muss eines derselben immerwährend unbelegt sein, und das ist das Bett zum Pulszeichnen. Wenn alle Betten eine ebene Matratze und eine leichte Decke haben, so unterscheidet es sich in Nichts von den übrigen. Nothwendig ist aber, dass es von allen Seiten frei zugänglich ist, damit der etwa unruhig liegende, oder auch nur unruhig zu werden drohende Kranke von der Hand eines Wärters bequem überwacht werden kann.

Nachdem die Temperaturen mit der behufigen Sorgfalt abgelesen und die Pulsfrequenzen schon unmittelbar vorher derart gezählt worden sind, dass man sich die

Zahl der auf 5 Secunden entfallenden Schläge von Anfang an genau merkt, in der Folge mit einander vergleicht und dann erst für die Drittel- oder Viertelminute anfängt zu summiren, wenn jene kleinen Summen einander gleich bleiben, wenn also die fast unausbleibliche, primäre psychische Beschleunigung aufgehört hat: so lässt man die Kranken einzeln nach B. hineinkommen, den Rock, die Jacke und dergl. ablegen, und sich in der grössten Ruhe, ohne mit ihnen mehr als das Nothwendigste, womöglich aber gar nicht zu sprechen, auf das Untersuchungsbett und zwar auf ihre rechte Seite legen, wenn man rechts zeichnen will. Nun wird der Vorderarm bis über den Ellbogen entblösst, auf ein oder zwei Häckselkissen bequem und nur sanft flectirt gelagert, darauf gesehen, dass die Finger derjenigen Seite, an welcher man zeichnet, nicht krampfhaft eingeschlagen oder ausgespreizt werden, namentlich, dass nicht der Daumen steif ausgestreckt gehalten wird (weil sich dadurch die Decken über der *arteria radialis* straff anspannen und den Pulsstoss abschwächen), sondern dass der ganze Arm völlig entspannt daliegt; damit die Hand hierbei nicht geneigt ist, in Pronation zu fallen, lässt man den Kranken eben sich auf die dem Zeichner zugewandte Seite legen. Den linken Arm, das mache man sich zur festen Regel! lasse man immer längs der linken Seite unter der Decke, womit der Kranke zugedeckt wird, lagern, damit ein gefährlicher nicht so unmittelbar zum Instrumente auf dem rechten Arme gelangen kann. Schliesslich sorge man dafür, dass der Kopf ruhig niedergelegt und nicht mit steifem Nacken halb aufrecht gehalten wird.

Nicht wenige Kranke schlummern bei dieser Lage, die völlig bequem ist und bequem sein muss, damit sie nicht zur Arbeit wird, die Anspannung der Armmuskeln hervorruft und zu Zittern und Lageveränderungen Ver-

anlassung giebt, schon nach der ersten Curvenreihe ein. Sehr häufig begegnet man aber im Irrenhause solchen Kranken, welche nicht im Stande sind, ohne jedwede Arbeit ihrerseits dazuliegen, welche sich fortwährend Mühe geben, den Arm recht gut zu halten, ihn dabei aber, statt zu erschlaffen, steif machen, zittern, und je mehr man an der Lage selber zu verbessern, ihnen das, was sie zu thun — oder vielmehr, dass sie gar Nichts dabei zu thun hätten, begreiflich zu machen sucht, nur um so ungeschickter werden, in um so stärkeres Zucken und Zittern verfallen, und es überhaupt nie lernen, sich richtig hinzulegen, auch wenn sie es bereits hunderte von Malen falsch gethan haben. Das ist die ausserordentlich grosse Anzahl von Paralytikern im weitesten Sinne des Wortes, von Kranken mit geschwächtem Muskelgefühle, die bei genauer Beobachtung auch anderweitige paretische Erscheinungen aufweisen, obgleich diese wie ihre psychische Schwächung in der Regel erst später unverkennbar in die Erscheinung zu treten pflegen. Am allerschlimmsten stört diese Ungeschicklichkeit des Armes nicht sowohl bei der gemeinen progressiven Paralyse und Paralytikern im engern Sinne des Wortes, sondern vielmehr bei der sogenannten *melancholia passiva* und ihren verwandten Formen bis hinab zur Melancholie mit greifbarer Paralyse. Zum Ueberflusse pflegen sie auch noch dadurch den Arm unnöthig zu fixiren, dass sie den Nacken steif halten und alle Muskeln, die nur irgend zu der vermeintlichen Arbeit verwendet werden können, krampfhaft anspannen. Solche in mehr oder weniger hohem Grade an Schwächung des Muskelgefühls Leidende, die psychisch schwach entweder schon sind, oder es erst später deutlich werden, thut man gut, zum Zwecke des Pulszeichnens von allem Anfange an so richtig wie möglich und namentlich stark auf die Seite zu legen, weil sie sehr leicht mit dem

Rumpfe allmählich wieder zurückrollen und dann den Arm noch viel ungeschickter hinhalten. Zweitens gebrauche man bei ihnen die Vorsicht, den Ellbogen ansehnlich tief und die Handgelenkgegend recht hoch zu legen, weil dadurch die so sehr häufig intendirte Streckbewegung des Armes ausgeschlossen wird. Drittens vermeide man möglichst, nachdem der Arm einmal in die passende Lagerung gebracht ist, alle Correcturen, denn sie helfen grösstentheils nicht nur Nichts, sondern sie rufen das Bestreben des Kranken wach, selber mit zu verbessern; das Resultat ist aber Zittern und Zucken und ein die psychische Erregung wiederspiegelnder Puls mit unnatürlicher Frequenz und Phase. Z. B.



Fig. 36.

Hat man jedoch bei solchen Kranken Geduld, wird penibel Alles vermieden, was sie nicht zur Ruhe kommen lässt, so kann man oft schon nach Abzug weniger Curvenreihen sehen, wie sich der Puls beruhigt, eine der zurückgekehrten Ruhe entsprechende Frequenz und Phase annimmt, dass der Arm schlaff wird, der Kopf niedersinkt, nicht selten sogar, dass der Kranke einschläft und jetzt am ganzen Körper ebenso schlaff, wie vorher steif erscheint. Auf ein Mittel, die Paralytiker im engen und weitesten Sinne des Wortes sich zum Zeichnen dadurch brauchbarer zu machen, dass man sie einige Stunden vorher in's Bett legt und ihre Extremitäten, die so leicht kalt und blau werden, durch gutes Zudecken erwärmt, komme ich weiter unten ausführlich zurück.

Hinsichtlich der Application des Sphygmographen selber verweise ich auf meine Schrift S. 7 ff. und rufe ihn nur durch eine sehr hübsche Abbildung*),

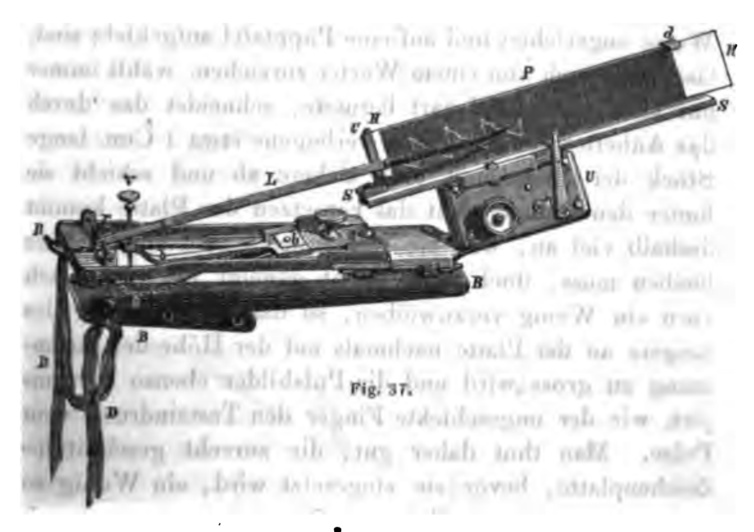


Fig. 37.

welche einem Prospecte *Bréguet*'s über die von *Marey* construirten physiologischen Apparate entnommen ist, dem Einen oder Anderen in's Gedächtniss.

Nachdem man den Sphygmographen aufgebunden

*) Fig. 37. Etwa 3malige Verkleinerung. R. R. die Fühlfeder, welche auf die Arterie gelegt und sammt dem ganzen Instrumente mittelst der Flügel B. B. B. und dem Bande D. D. auf dem Arme befestigt wird. L. der Zeichenhebel, welcher die der Feder mitgetheilten Pulsstösse mittelst des beweglichen Zwischenstückes b. aufnimmt und durch die Schraube V., welche mit ihrem Fusse auf dem Ende der Fühlfeder aufsteht, je nach Bedürfniss bald höher, bald tiefer gestellt werden kann, so dass er unter allen Umständen im Stande ist, an der berussten Platte P. zu schreiben. Die Platte P. wird getragen von dem Schlitten S. S. und gehalten von dem papiernen Halter H. H. Der Schlitten wird durch das Uhrwerk U. dicht an der auf- und abschwingenden Spitze des Zeichenhebels mit constanter Geschwindigkeit vorbeigeführt.

und ehe man sich noch viel um den besten Ausschlag des Zeichenhebels bemüht hat, setzt man zunächst die geschwärzte Zeichenplatte in den Schlitten. Die Platten, welche in der auf Seite 3 und 4 a. a. O. angegebenen Weise zugerichtet und auf eine Papptafel aufgeklebt sind, lässt man sich von einem Wärter zureichen, wählt immer nur ganz ebene und zart berusste, schneidet das durch das Anheften an der Pappe verbogene etwa 1 Ctm. lange Stück der Platte mit einer Schere ab und schiebt sie hinter den Halter. Auf das Einsetzen der Platte kommt deshalb viel an, weil sie womöglich eine völlige Ebene bleiben muss, doch aber leicht geneigt ist, sich nach vorn ein Wenig vorzuwölben, so dass die Reibung des Zeigers an der Platte nachmals auf der Höhe der Krümmung zu gross wird und die Pulsbilder ebenso corrumpirt, wie der ungeschickte Finger den Tasteindruck vom Pulse. Man thut daher gut, die zurecht geschnittene Zeichenplatte, bevor sie eingesetzt wird, ein Wenig so zu biegen, dass die berusste Fläche von rechts nach links concav wird.

Wer, wie *Marey*, grösstentheils mit Tinte auf weisses Papier zeichnet, umgeht allerdings die mancherlei Unbequemlichkeiten, welche das Arbeiten mit berussten Platten mit sich bringt. Allein die Nachtheile dieser Methode erscheinen mir immer grösser, als die Vortheile. Denn einmal wölbt sich das vorn um die Lehne des Schlittens geschlagene und an c und d (Fig. 37.) eingeklemmte Zeichenpapier sehr gewöhnlich bogenförmig vor, so dass die Zeichenfläche weitaus keine Ebene ist; und zweitens kann die Tintezeichnung einer so unvollkommenen Schreibfeder, wie das Ende des Zeichenhebels schlechterdings nur ist, lange nicht so fein ausfallen, als die Spur, welche die an sich feine Spitze des Zeigers auf der zart berussten Fläche hinterlässt, da jene diese eben nur so wenig zu berühren braucht, dass die Linie,

wie man an sehr vielen meiner Figuren sehen wird, nur fein punktirt ausfällt. Ohne eine wesentliche Abänderung an dem Schlitten *Bréguet's* vorzunehmen, thue ich nur Folgendes: ich biege die metallene, bewegliche Lehne L.

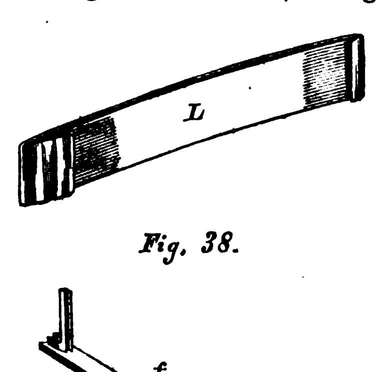
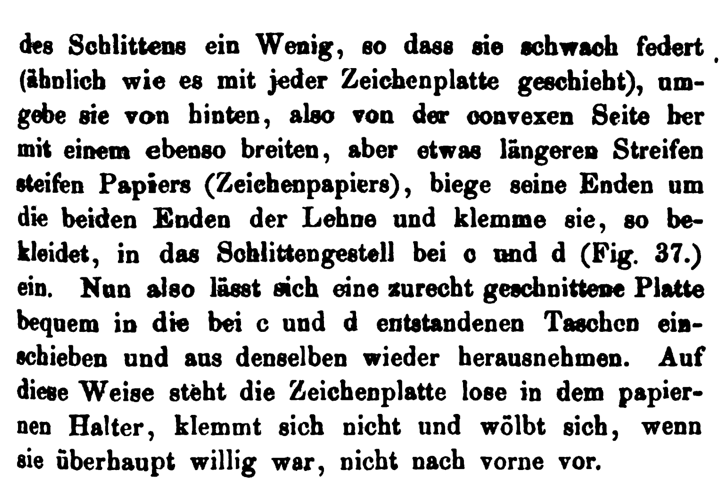


Fig. 38.



des Schlittens ein Wenig, so dass sie schwach federt (ähnlich wie es mit jeder Zeichenplatte geschieht), umgebe sie von hinten, also von der convexen Seite her mit einem ebenso breiten, aber etwas längeren Streifen steifen Papiers (Zeichenpapiers), biege seine Enden um die beiden Enden der Lehne und klemme sie, so bekleidet, in das Schlittengestell bei c und d (Fig. 37.) ein. Nun also lässt sich eine zurecht geschnittene Platte bequem in die bei c und d entstandenen Taschen einschieben und aus denselben wieder herausnehmen. Auf diese Weise steht die Zeichenplatte lose in dem papiernen Halter, klemmt sich nicht und wölbt sich, wenn sie überhaupt willig war, nicht nach vorne vor.

Bei den ersten Instrumenten *Bréguet's* war an der Kehrseite des Schlittens noch eine kleine Schraube f

(Fig. 38.) angebracht, welche die schwach federnde Lehne sammt der Zeichenplatte der Schwingungsebene des Zeigers nach Bedürfniss näherte oder von derselben entfernte. Diese Einrichtung ist an den so äusserst empfehlenswerthen Instrumenten *Bréguet*'s schon seit einigen Jahren weggefallen und fehlt, so viel mir bekannt, auch an den deutschen Fabrikaten *Marey*'scher Sphygmographen. Ich habe sie beibehalten; denn sie ist, wenn das Schräubchen so willig geht, dass man es behufs der Stellungsverbesserung nur mit einem Finger anzurühren braucht, wie ich aus vieltausendfältiger, mehr als fünfjähriger Erfahrung weiss, ausserordentlich zweckmässig.*)

Ist die Zeichenplatte parat, so sucht man sich den besten Ausschlag, ohne jedoch viel an der Lagerung des Armes zu ändern, ohne zu sprechen, Zeichen von Ungeduld, Verwunderung u. dergl. zu verrathen; denn die schlecht beherrschten Gemüthsbewegungen des Arztes pflanzen sich gerade hierbei, wie Jeder, der mit dem Sphygmographen einige Male aufmerksam umgegangen ist, bestätigen wird, dermaassen störend auf den Kranken fort (zumal wenn ihm diese Untersuchung zum ersten Male passirt), dass der Puls viel kleiner wird, oft kaum mehr zu zeichnen ist und eine durchaus unnatürliche, der jeweiligen künstlichen Erregung entsprechende Phase annimmt. Um diese initialen, oft unvermeidlichen Erregungsbilder so zu sagen los zu werden, zeichnet man eben methodisch, Tag für Tag regelmässig unter denselben äusseren Bedingungen, und man wird in kurzer

---

*) So ausgerüstet, wie *Marey* ursprünglich wollte, wird die von *Czermak* (Mittheilungen aus dem physiologischen Privatlaboratorium I. 71) angegebene „Verbesserung am *Marey*'schen Sphygmographen" überflüssig. Die ursprüngliche Einrichtung des Schlittens muss dem berühmten Arzt und Physiologen demnach wohl entgangen sein.

Zeit, meist schon am Ende der ersten Sitzung wahrnehmen, wie sich der Reiz der Neuheit abstumpft, bis er sich gänzlich verliert, so dass man aus den Pulsbildern unmittelbar die in der Krankheit begründeten Erregungs- oder Erschlaffungszustände, um welche sich's bei unseren Kranken schliesslich doch nnr handelt, ablesen kann. Um Vieles wird die durch das Experiment bei neuen Kranken gesetzte Erregung dadurch abgemindert, dass sie in Gesellschaft Anderer geschieht. Ich untersuche nämlich seit mehreren Jahren täglich früh zwischen 7 und 9 Uhr und Abends zwischen 5 und 7 Uhr durchschnittlich 8—12 Kranke, den einzelnen je nach meinen Zwecken viele Monate lang, andere wenigstens Wochen oder einige Tage lang und nehme ihre Untersuchung von Zeit zu Zeit wieder auf, um auf diese Weise allmählig alle oder so ziemlich alle Kranken der exacten Prüfung ihres Zustandes zu unterwerfen und sie periodisch, je nachdem mit dem einen oder anderen eine Veränderung vor sich gehen will oder nicht, wieder zu untersuchen. Hiernach habe ich immer eine Anzahl Kranker, die regelmässig alle Morgen und Abende gemessen und gezeichnet werden, denen die Untersuchung so geläufig geworden ist, dass sie sich nicht nur nichts Absonderliches mehr dabei denken, sondern die sich theilweise wundern und zurückgesetzt fühlen, wenn jene fallen gelassen wird. Diese gleichsam den Stamm bildenden, älteren Kranken untersuche man immer zuerst, so dass sie durch ihr Beispiel auf die etwaigen neuen wirken, die Letzteren von dem, was mit ihnen vorgenommen werden soll, einen Begriff bekommen, sehen, dass sie Nichts zu fürchten haben und dass Einer nach dem Andern, je ruhiger und williger er ist, um so eher wieder seinen Weg gehen kann.

Sowie nun der Schlitten abgelaufen und die Curven-

reihe fertig ist, legt man die Platte auf einen zugerichteten unglasirten Teller (unglasirt, damit das Papier nicht herabrutsche), zieht das Uhrwerk auf, setzt eine neue Platte ein und restituirt den unterdessen — namentlich beim Aufziehen — verloren gegangenen besten Ausschlag. Nun wird von Neuem gezeichnet und zwar so viele Male, bis an der technischen Vollkommenheit der Zeichnung nichts mehr auszusetzen und, wie oben erwähnt, die initiale Erregung überwunden ist, zufolge deren die Curven der ersten Reihen niedriger ausfallen, weil sich das Arterienrohr durch den psychischen Reiz zusammenzieht und der Pulsstoss kleiner wird. Bevor ich nach beendigter Sitzung noch das Instrument abnehme, und dem Kranken sich aufzusetzen, zu sprechen u. dergl. erlaube, zähle ich die Pulsfrequenz, weil sie sich nach Abnahme jenes oft nicht unwesentlich verändert dadurch, dass der Kranke Etwas sagen will.

Die Absicht des Kranken, einen Wunsch zu äussern, Etwas zu bemerken, überhaupt **die Gemüthsbewegung** und die mit ihr Hand in Hand gehende **gespanntere Aufmerksamkeit**, welche durch eine Bestrebung kurz vor Ausführung eines Vorsatzes oder in Folge irgend welcher Eindrücke und Anreize entsteht, **signalisirt sich auf untrügliche Weise im Pulse.** Jeder Beobachter, wie sehr er sich auch der Variabilität des Pulses bewusst ist, wie oft er auch im Affecte Gelegenheit genommen haben mag, sich von seiner völligen Umwandlung nach Frequenz, Grösse, Härte und dergleichen mittelst der Betastung eine Vorstellung zu bilden, wird dennoch ausserordentlich überrascht, wenn er den mächtigen Einfluss, den die Gemüthsbewegung auf den Puls oft wie mit einem Schlage ausübt, zum ersten Male unter seinen Händen sich vollziehen sieht. Hat sich der Kranke — denn von diesem gehen wir vorläufig aus, obgleich sich

die Sache beim Gesunden im Wesentlichen ebenso verhält — bereits, ehe man anfängt zu zeichnen, vorgenommen, einen Wunsch, eine Beschwerde vorzubringen, ein Ereigniss mitzutheilen, kurz, ist er über irgend Etwas in Erregung, kennt man aus den regelmässig angestellten Untersuchungen die Frequenz und Phase seines Pulses im Zustande der — wenigstens relativen — Ruhe, und ist man sicher, dass Einflüsse anderer Art, vornehmlich nicht Kälte und Nahrungsenthaltung auf ihn eingewirkt haben: so fällt sogleich auf, dass die Pulsfrequenz eine abnorme und zwar, wenn man sorgfältig beobachtet und der Affect nicht schon zu lange gedauert hat, seine Einwirkung auf den Körper nicht schon zu weit vorgeschritten ist, — dass die Pulsfrequenz zunächst, und wäre es auch nur auf die Dauer einer oder einer halben Minute, eine abnorm niedrige, unregelmässige ist, sich allmählig aber immer mehr und mehr steigert, je grösser die Zahl der Curvenreihen wird, je näher für den Kranken also der Augenblick kommt, wo die Untersuchung beendigt, und, wie er weiss, ein Verlangen anzubringen am Platze ist. Das ist nichts Neues und, wie die schwankende Frequenz überhaupt, nur von relativem Werthe. Die ungeahnte und, trotz der wechselnden, individuell verschiedenen Frequenz, constante Erscheinung im Affecte besteht vielmehr darin, dass die Pulsphase wesentlich alterirt und, wie wir bei einer anderen Gelegenheit zeigen werden, bei den höchsten Graden der Erregung völlig, gar nicht zum Wiedererkennen umgewandelt wird. Die uns während des ruhigen Zeichnens zu Gesicht kommenden Gemüthsbewegungen sind in der Regel nur leicht, sind nur Erregungen ersten Grades, und von den Pulsbildern der Erregung ersten Grades soll auch hier nur in Kürze die Rede sein.

Der Kranke *W.* (eine leichte Manie) hat in der Ruhe und bei normaler Temperatur seit vielen Monaten den (unvollkommen undu-



Fig. 45.



Fig. 46.



Fig. 47.

und irreguläre, bei der Explosion des Affectes aber beschleunigte und fast regelmässig gewordene Frequenz zur Anschauung zu bringen. Zum Ueberflusse sei noch erwähnt, dass das Sprechen als solches, sobald es nur gewöhnliche Dinge betrifft und den Redenden gleichgültig lässt, durchaus nicht im Stande ist, die Pulsphase wesentlich zu alteriren; da man aber bei unseren Kranken so oft nicht wissen kann, ob sie nicht in dem oder jenem Worte etwas Anzügliches finden, so halte ich eben beim Untersuchen fest, dass Niemand spricht.

B., ein jugendlicher Wahnsinniger, dessen Puls bei ruhiger Fassung (Fig. 48.) fast normal tricrot ist, rückt eines Morgens mit einem



Fig. 48.

Heirathsprojecte leidenschaftlich hervor; sofort ist sein Puls, wie Fig. 49. zeigt, auf das Lebhafteste erregt, die Curvenreihe von der



Fig. 49.

Respiration mächtig auf- und abbewegt, und das Bild des Einzelpulses erstaunlich umgestaltet.

S., ein gemüthlicher Schwachsinniger, welcher regelmässig die in Fig. 50. wiedergegebene tarde Dicrotie hatte, liefert eines Abends

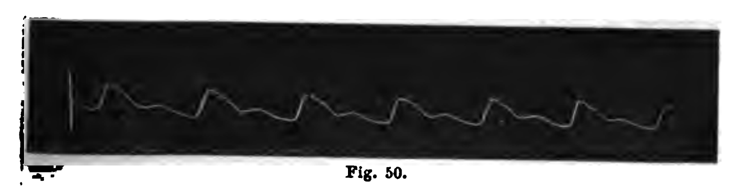


Fig. 50.

die Fig. 51. Es war ihm Nachmittags eine Anwandlung von Er-

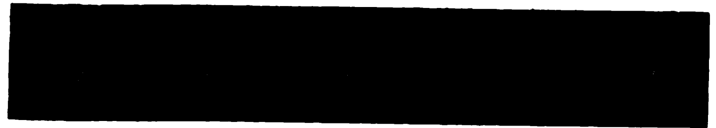


Fig. 51.

bauungslust angekommen, er hatte viel in einem Predigtbuche gelesen und sich dessen Inhalt „so zu Herzen genommen“.

Eine Umwandlung seiner gewöhnlichen Pulsphase, Fig. 52., in



Fig. 52.

die der Norm nahe stehende der Fig. 53, zeigt der Kranke *H.*, als er den Wunsch, im Freien spazieren gehen zu dürfen, anbringen

bevor ich von der Irritabilität des Pulses, dem Spiegel der Gemüthsverfassung, eine Vorstellung hatte, habe ich lange gefehlt in der Auffassung und Systematisirung der verschiedenen Krankheitszustände und der sie begleitenden Pulsarten.

Noch imponirender als unter den angegebenen Umständen zeigt sich der Einfluss der Erregung auf die Pulsphase, wenn man den Kranken während einer und derselben Sitzung erst in der Ruhe und dann in der Erregung zeichnet, — nicht also blos den Zufall wahrnimmt, sondern das Experiment macht. Nachdem nämlich wie sonst einige Curvenreihen unter gewöhnlichen Verhältnissen angefertigt worden sind, macht man dem Kranken plötzlich eine ihn interessirende Mittheilung, richtet an ihn eine in seine Wahnideen einschneidende Frage: und die Pulsphase ist im Augenblicke umgestaltet. Die Umgestaltung des Pulses erfolgt ebenso blitzschnell, wie der Gedanke zündet, so dass man die Gemüthserregung und die Pulsmetamorphose ersten Grades als gleichzeitig vor sich gehend betrachten kann.*)

Um nun den Unterschied zwischen den Pulsbildern der Ruhe und der Erregung recht anschaulich zu machen, stelle ich beide so nahe wie möglich neben einander, zeichne sie also auf eine und dieselbe Platte. Unten an dieselbe wird die noch der völligen Ruhe entsprechende

*) Zugleich mit der offenbar vom Grosshirn, dem Sitze der psychischen Thätigkeiten, ausgehenden und durch das vasomotorische Nervensystem (mittelst Ueberleitung des Reizes auf den *pedunculus cerebri*, das Centrum sämmtlicher Gefässnerven des ganzen Körpers [*Budge*]) fortgepflanzten Erregung lässt sich auch die rapide Pupillenerweiterung, *cutis anserina* und dgl., wenigstens im ersten Schreck bei irritablen Personen, bei kindlichen Gemüthern, beobachten, die so erstaunlich die Farbe wechseln und denen schon eine leichte Erregung Herzklopfen macht.



Reihe gelegt, dann macht man Alles fertig zum Weiterzeichnen (zieht also das Uhrwerk auf, und zwar vorsichtig auf, um nicht die Fühlfeder zu verrücken, setzt den Schlitten behutsam wieder ein, stellt den Zeichenhebel höher, sorgt für den gehörigen Grad der Reibung seiner Spitze an der Platte, zählt die Frequenz) und thut nun plötzlich eine die Aufmerksamkeit des Kranken spannende und sein Gemüth reizende Aeusserung. Lässt man, so wie sie der Kranke verstanden haben kann, den Schlitten laufen, so ist die Pulsmetamorphose auch schon geschehen. So z. B. ver-fuhr ich bei

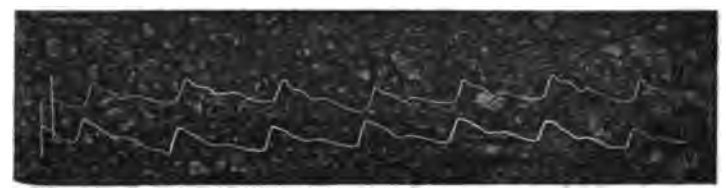


Fig. 57.,

die Demselben angehört, dem die Figg. 50. und 51. entnommen sind. Die untere Reihe entspricht seiner Ruhe. Unmittelbar vor der Zeichnung der oberen machte ich ihm die Mittheilung, dass ich ihm einen Brief von seiner Mutter, an welcher er sehr hing, zu übergeben habe. Der Kranke erschrak viel mehr, als dass er sich freute, denn er fürchtete, dass ihm jene wegen seiner halb und halb durch leichtsinnigen Lebenswandel verschuldeten Erkrankung zürnen werde.

Eine andere Art der Darstellung dieses interessanten Phänomen's besteht darin, dass man, statt wie vorhin, die ganze untere Curvenreihe zu zeichnen, nur die halbe nimmt, arretirt, den Reiz anbringt und sofort, ohne dass man an der Stellung des Zeigers und der Lage des Armes die mindeste Veränderung vornimmt, weiter zeichnet. Auf diese Weise ist die



Fig. 58.

angefertigt. Sie gehört einem Reconvalescenten aus einer kurzen activen Melancholie an, und Reconvalescenten aus Psychosen sowohl als auch aus anderen Krankheiten sind zum Zwecke der Irritabilitätsprüfung, weil für Alles sehr empfänglich, und doch im Besitze der nöthigen Selbstbeherrschung, ausserordentlich brauchbar. Die beiden ersten Curven sind also vor der reizenden Einwirkung, die letzten beiden unmittelbar nach derselben gezeichnet. Ich frug ihn, ob er gestern, als ihn seine Frau besuchte, nicht mit nach Hause gewollt habe; er lächelte und erwiederte, als die beiden letzten Curven bereits gezeichnet waren, treuherzig: „Was Sie einseh'n!" Der Effect ist deutlich; auch die für Erregung zeugende Endwelle (vergl. Fig. 17.) vorhanden. Es kommt aber noch Etwas zur Anschauung, wovon bisher noch nicht ausdrücklich die Rede war, nämlich einmal die mit der Pulsmetamorphose gleichzeitig, also rapid erfolgte Verengerung des Arterienrohres, den kleiner gewordenen Puls, die kürzere Ascensionslinie; und dann der gesteigerte Blutdruck, da sich der Zeiger um ein gut Stück gehoben hatte, als er wieder anfing zu zeichnen. Auf den letzteren Umstand ist an sich wenig Gewicht zu legen, da der *Marey*'sche Sphygmograph nur im Stande ist, gewisse Blutdrucksdifferenzen anzugeben. Der erstere aber, die Arterienverengerung, ist eine im Beginn des Affectes, bei der Erregung ersten Grades ganz constante und mit der grössten

Zuverlässigkeit nachweisbare Erscheinung, so wie diese zweite Art des Pulszeichnens während der Erregung nur leidlich geschickt ausgeführt wird. Diese Thatsache ist sehr wichtig; denn sie lehrt ostensibler als alle anderen, dass die beim Affecte in den kleinen Arterien so äusserst lebhaft vor sich gehenden Reizungs- und Lähmungszustände, das Erblassen und Erröthen, das Kalt- und Heisswerden u. dergl. sich auch auf die grösseren Gefässe fortpflanzen, und dass man somit aus dem Pulse möglicherweise umgekehrt wieder nicht blos die momentane (Affect), sondern auch die lange Zeit ununterbrochen auf- und abschwankende Erregung (die Psychose) erkennen und physio-pathologisch charakterisiren kann.

Bei diesen beiden Methoden hat man nicht einen Augenblick Zeit zu verlieren, sondern mit der Technik vollauf zu thun und darf sich kaum nach dem erstaunten Gesicht des Kranken umsehen. Denn nach einigen verlorenen Secunden ist die Pulsmetamorphose bei mächtigen Einwirkungen oft schon weit vorgeschritten, so dass man wenigstens nicht der vollen wissenschaftlichen Ueberzeugung sein kann, die initialen Veränderungen des Pulses auf einen gegebenen psychischen Reiz, die Erregung ersten Grades zu Papiere gebracht zu haben.

Die dritte, offenbar die zweckmässigste und einfachste Darstellungsmethode dieser Phänomene ist die Anbringung des Reizes mitten im Zeichnen, während der Hebel eben die ruhigsten Pulse aufschreibt, ohne dass man arretirt. So wurde bei Darstellung der Figuren 59. u. 60.



Fig. 59.



Fig. 60.

verfahren, und zwar bei *R* der Reiz angebracht. Die zunehmende Steigerung des Blutdrucks, die bergauflaufenden Curvenreihen, grösstentheils hervorgebracht durch das während des ersten Schrecks mangelnde In- und verlängerte Exspirium („ich erschrak, dass mir der Athem stille stand"), diese fast diagonal über die Platte laufenden Pulszeilen zeichnet der Anfänger in der Kunst der Sphygmographie sehr häufig, zumal bei Frauen. Wenn auch verschiedene Umstände davon die Ursache sind, so besteht doch ein Hauptgrund darin, dass er die Versuchsperson durch seine unsicheren und seltsamen Bestrebungen in eine eigenthümliche Erwartung und Ungeduld versetzt, so dass sie tief aufathmet, wenn er den Sphygmographen glücklich wieder abgenommen hat.

Nach dieser Diversion auf das mit der Nervenpathologie und speciell mit den Psychosen so innig zusammenhängende Gebiet der Affecte, ein Kapitel, auf welches der Pulsbeobachter bei Geisteskranken nicht früh genug aufmerksam gemacht werden, worüber er aber nur erst nach umfassender Darlegung der gesammten Untersuchungsresultate bei Gesunden und Kranken, völlig ins Klare kommen kann, — nach dieser Diversion wird es begreiflich erscheinen, warum ich so pedantisch Sorge trage, dass die Pulsuntersuchung so methodisch, so reizlos, so ungestört wie möglich ein wie alle Male geschehe. Man wird einsehen, dass die Vorschrift für alle im Untersuchungs-Zimmer befindlichen Personen, zu schweigen; für die Kranken, still zu sitzen oder zu liegen; für die Wärter ausserhalb, nur im Nothfalle

mit ihren etwaigen Bestellungen u. dgl. das Zimmer zu betreten, ihren wohlerwogenen Grund haben, und dass Ueberschreitungen derselben mehr oder weniger störend in die Resultate der Pulsuntersuchung eingreifen müssen. Noch mehr aber will vermieden sein, wenn es daran liegt, die Kranken auf ihre von Aeusserlichkeiten möglichst unabhängige psychische Verfassung, auf ihre nur von inneren Reizen abhängige, psychophysische Thätigkeit zu prüfen, dass ein Fremder, oder sonst eine imponirende Persönlichkeit, plötzlich in das Untersuchungszimmer kommt, unmittelbar an das Bett des Untersuchten herantritt und sich über die Untersuchungsmethode etc. in Gegenwart des Kranken, der den Sphygmographen auf seinem Arme trägt, nach Bedürfniss unterhält. Bei solchen Besuchen kann man sicher sein, dass alle Kranken, der eine mehr, der andere weniger, erregte Pulse haben; ja die Gefässe Mancher ziehen sich in Folge des Schrecks oder irgend einer anderen Gemüthsbewegung so zusammen, dass der Puls für den doch sehr empfindlichen Zeichenhebel kaum einen Ausschlag giebt, sich also kaum noch zeichnen lässt. Gern benutze ich aber derartige Veranlassungen, um die Irritabilität des Einen oder Anderen zu studiren; denn eine Ueberraschung dieser Art kann bei unseren Kranken zum mächtigsten Reize fast nach Belieben gesteigert und gerade für diesen Zweck auf's Beste verwerthet werden.

Nach Abnahme des Sphygmographen und nach Schluss der Beobachtung schreibt man mit einer trockenen Stahlfeder auf die mit Zeichnungen versehenen Platten den Namen des Kranken, Datum, Tageszeit, Nummer (ob erste, zweite, dritte, vierte Platte dieser Sitzung), Temperatur, Pulsfrequenz, etwaige Bemerkungen zu besonderen Vorkommnissen und fixirt die nun fertigen Zeichnungen in der a. a. O. S. 4 angegebenen Weise. Die Platten, welche man im Kreise herum wieder

auf unglasirte Teller stellt, und des ablaufenden Terpenthinöls halber ein Mal in einen anderen, trockenen Teller umgelegt werden müssen, sind in etwa einer Stunde — im Sonnenschein schon viel eher — wieder trocken und die Zeichnungen fix und fertig.

Während des Beschreibens und Fixirens legt sich der nächste Kranke unter Anleitung des Wärters auf das Untersuchungsbett und streckt den Arm regelrecht auf die Kissen, so dass der Arzt sich nur hinzusetzen braucht, um den Sphygmographen anzulegen.

Das sind im Wesentlichen die Einrichtungen und Vorsichtsmaassregeln für das methodische Pulszeichnen. Diese Beschreibung mag kleinlich erscheinen. Wer aber die Kunst der Sphygmographie in nicht zu langer Zeit erlernen und mit Nutzen anwenden will, wird noch Manches vermissen, was ihm wünschenswerth ist zu kennen. Dass die beste Lehrmeisterin aber auch hier die praktische Anleitung bleibt, ist selbstverständlich.

Dem Fachmanne leuchtet bei diesen methodisch vorgenommenen Untersuchungen der Geisteskranken sogleich ein, dass sie, ganz abgesehen von ihren eigentlichen Resultaten, ein ausserordentlich zweckmässiges Mittel abgeben, die Kranken, einen wie den anderen, auf ihre Fähigkeit zu einer ganz bestimmten Leistung zu prüfen. Man hat somit einen werthvollen Maassstab selber in der Hand dafür, was und wie der Kranke Etwas erlernt. Es giebt Patienten, die im Umgange sehr viel äussere Formen haben und ganz geschickt erscheinen, die aber selbst schon bei der einfachen Leistung, welche das regelrechte Halten des Thermometers erfordert, ihre Ungeschicklichkeit, ihre Unfähigkeit, Etwas zu capiren, sich anzueignen, und eine Viertelstunde aufmerksam zu sein, an den Tag legen. Weit mehr noch lernt man seine Leute kennen bei den etwas complicirteren Vorkehrungen, welche das Pulszeichnen er-

fordert, da jeder Kranke hierbei bis auf Kleinigkeiten genau dasselbe thun muss, mithin alle Ueberflüssigkeiten und Gebrechen in Wort und Handlung sogleich erkannt werden können. Es ist aber auch die Stunde, während deren man die Kranken ungestört und in der Meinung, man beachte sie nicht, neben sich sitzen hat, eine sehr fruchtbare Zeit, um sie zu belauschen, Eigenthümlichkeiten von ihnen kennen zu lernen, die ein sehr drastisches Licht auf ihren Zustand werfen, Dinge, von denen man während der kurzen Zeit, in der man gewöhnlich Visiten macht und leider machen muss, keine Kenntniss erlangt und die sonst nur der — man weiss wie unzuverlässigen — Beobachtung des Wärters oder irgend eines incompetenten Dritten überlassen bleiben müssen. Schliesslich ist das methodische Untersuchen auch ein sehr gutes disciplinarisches Hülfsmittel. Man wird mir entgegnen, die Kranken widerstreben ja! Schlechterdings kann man nicht alle Geisteskranken zu jedweder Zeit untersuchen, alle aber, oder doch so gut wie alle zu gewissen Zeiten, wenn man sich nur nicht die Mühe verdriessen lässt. Denn dass ihr Blut in Aufregung ist, zu Kopfe steige, dass ihr Pulsschlag nicht so wie sonst gehe und untersucht werden müsse, das fühlt die Mehrzahl der Unruhigen nur gar zu wohl und giebt es auch bei einer Behandlung, von welcher sie die mehr oder weniger klare Ueberzeugung davon tragen, dass es mit ihnen ernst genommen und aufrichtig gemeint werde, öfter als man erwartet zu.

Sehr vortheilhaft wirkt aber unter allen Umständen das Beispiel der anderen, der ruhigen Kranken auf die Widerstrebenden, sie gewöhnen sich zur Ruhe wie die Kinder in der Schule, und wenn man nur sogleich in der ersten Visite nach der Ankunft des Kranken für die Untersuchung gehörig Sorge trägt, so lassen sie sich auch oft recht bedrohliche Patienten gefallen, ähnlich

wie sie aus der Hand des Medicinwärters einnehmen, obgleich sie Gift im Löffel wähnen.

Könnte man aber den Kranken mit diesen Dingen nicht eher schaden als nützen? sie dadurch eher aufregen, misstrauisch machen und ihnen Stoff zu neuen Wahnvorstellungen geben? Ich räume ein, es giebt ein oder ein paar Procent solcher Patienten, bei welchen man eine derartige Befürchtung haben kann. Sie wird aber glücklicher Weise immer seltener, je länger man sich mit methodischen Krankenuntersuchungen selber beschäftigt und je mehr man ihren Nutzen einsieht. Jene meist der gebildeten Klasse angehörigen scheinbar Genesenen freilich, die so leidlich im Wiederbesitze ihrer guten äusserlichen Haltung sind, die wohl wissen, worauf es ankommt, um gesund zu erscheinen und sich demgemäss sorgfältig geben, die bei genauerer Prüfung aber, und zumal bei der Pulsuntersuchung, ihr Kranksein, wie sie gar bald bemerken, nicht verläugnen können: diese scheinbar Genesenen suchen sich sehr gern der verrätherischen Sphygmographie zu entziehen, und sie nach Kräften zu verdächtigen — nicht wissend, dass sie *eo ipso* ihren Unverstand an den Tag legen. Wahre Reconvalescenten aber, die diese Untersuchung monatelang durchgemacht haben, wissen von so gründlicher Beobachtung, dass ihr körperliches und geistiges Befinden unter fortwährender Controle steht, ein langes Loblied zu singen. Und so bin ich fest überzeugt, dass auch die sphygmographische Untersuchungsmethode, wie die thermometrische und andere, in die neuropathologische Praxis früher oder später eingeführt werden, wenn auch gleich jenen hie und da der Charlatanerie zur Folie dienen wird.

Literatur.

M. W. Drobisch, Die moralische Statistik und die menschliche Willensfreiheit. Leipzig (Leopold Voss), 1867. 133 S.

Durch *A. Wagner's* schöne Untersuchungen ist die menschliche Willensfreiheit sehr in Frage gestellt worden, insofern jene den Nachweis lieferten, dass eine Reihe der als reiner Ausfluss des freien Willens betrachteten Handlungen in ziemlich constanten statistischen Zahlenverhältnissen alljährlich wiederkehren.

W. bescheidet sich als Statistiker diese Thatsache nur hervorgehoben und seine Untersuchungsmethode als weiteres Mittel zur Entscheidung einer so überaus schwierigen Frage hervorgehoben zu haben, indem er es den Philosophen überlässt, weiter zu untersuchen, ob die menschliche Willensfreiheit auf Grund der Thatsachen der Moralstatistik noch länger haltbar ist.

Dieser Aufgabe hat sich *Drobisch* in geistvoller Weise unterzogen. Indem er die Zahlen der moralischen Statistik und den daraus gefolgerten Schluss, dass unsere scheinbar willkürlichen Handlungen wesentlich durch gewisse allgemeine, constante, über der menschlichen Willkür stehende Bedingungen gesetzt werden, anerkennt, zeigt er aber zugleich, dass diese scheinbar constanten Zahlen der Statistik doch auch wieder Schwankungen unterworfen sind und durch Bedingungen abgeändert werden, die zum Theil als Ausdruck eines freien Wollens betrachtet werden müssen. Dies zeigt sich nun freilich nicht statistisch beim Handeln Einzelner, wohl aber im Grossen bei einer Gesammtheit von Individuen (Staat), indem offenbar vom überlegten Wollen ausgehende Aenderungen im Cultur- und socialen Leben (Veränderungen der Gesetzgebung, Verbesserungen der Sittlichkeit, Religiosität etc.) auch die Zahlen der moralischen Statistik abändern.

Aber der geistreiche Forscher bleibt hierbei nicht stehen. Wenn auch die moralische Statistik die Frage, ob die individuelle vernünftige Einsicht jederzeit die Macht hat, das Wollen und Handeln zu bestimmen, frei lässt, so zeigt sie doch überall Motive des Wollens, lässt kein motivloses Wollen zu und legt die ernste Frage nahe, ob nicht selbst da, wo aus inneren Motiven gehandelt zu werden scheint, die Anstösse von aussen stammen und der beständige Verkehr mit der Aussenwelt nicht am Ende uns in eine Nothwendigkeit des Handelns versetzt, die jede Spur von Willensfreiheit ausschliesst.

In der ernsten Prüfung, der Verf. diese Frage (S. 58 ff.) unterstellt, kommt er zu folgenden Schlüssen.

1) es giebt keine absolute Willensfreiheit, keine Spontaneität des Willens;
2) überhaupt kein Wollen ohne ein Vorgestelltes, das gewollt wird — kein Wollen ohne Motive.
3) Ueberlegung nach Motiven der Nützlichkeit und Sittlichkeit geht dem Handeln voraus; dabei wird eine Selbstbeherrschung geübt, deren Motiv ist, sich die Reue zu ersparen.
4) In dieser Fähigkeit zu überlegen, zeigt sich eine doppelte Freiheit — die Freiheit und Selbständigkeit der Intelligenz, deren Ausbildung individuell verschiedene Höhen erreicht — und eine Freiheit der Zurückhaltung eines bestimmten Begehrens durch ein Wollen. Da dieses aber auf den Zweck gerichtet ist, die Zulässigkeit des Begehrens am Resultat der Ueberlegung zu prüfen und je nachdem diese ausfällt, dem Begehren Folge zu leisten, somit ein Motiv hat, kann hier nur von einer relativen Freiheit des Wollens die Rede sein.
5) Der Mensch braucht nicht nothwendig dem Ergebniss der Untersuchung zu folgen, eine Wahl scheint möglich; sie ist aber determinirt, theils durch den persönlichen Charakter, theils durch die das Begehren erweckenden äusseren Umstände.
6) Mannigfache, nur theilweise entgegengesetzte Dispositionen zum Wollen liegen im menschlichen Ich.
7) Es hängt theils von constanten Bedingungen (persönlicher Charakter), theils von variablen (individuelle Erlebnisse, Verkehr mit der Aussenwelt) ab, welche von den vorhandenen Dispositionen in jedem gegebenen Fall zum Motiv des Handelns wird.
8) Der Charakter des Menschen ist nun zwar gegenüber den rasch wechselnden äusseren Ereignissen als constant zu betrachten, doch der Umbildung und Veredlung fähig.

9) Die Aufgabe eines gewissenhaften Strebens nach einem sittlich-edlen, festen Charakter entspringt aus dieser Einsicht. Durch diesen wird der Mensch sittlich frei, d. h. unabhängig (?) vom Zwang seiner Natur. Diese sittliche Freiheit ist aber keine Freiheit des Willens, im Gegentheil ein Gebundensein desselben, nämlich an die sittliche Einsicht. Wohl ist sie aber persönliche Freiheit, denn sowohl Einsicht als Wille sind individuelles Eigenthum.

10) Erziehung und Beispiel, der Verkehr mit den anderen Menschen sind die mächtigsten Hebel der sittlichen Hebung des Charakters; dazu reicht die Kraft des Einzelnen nicht aus — die Förderung der individuellen Sittlichkeit ergiebt sich daraus als höchste Aufgabe der Gesellschaft. Dr. *v. Krafft.*

Traité de la médecine légale des aliénés par le Dr. *Morel.* Paris. 1866.

Wir begrüssen hier das erste Heft eines grösseren in 6 Heften erscheinenden Werkes über den psychiatrischen Theil der gerichtlichen Medicin von wohlbekannter Feder. — *Morel* stellt sich die grosse Aufgabe, die forensische Beurtheilung der Geistesstörungen zu reformiren, indem er derselben eine wahrhaft wissenschaftliche Basis zu geben sucht. Zur Erreichung dieses Zieles müssen wir, nach dem Verfasser, bei gerichtsärztlichen Gutachten den gleichen Weg einschlagen, der uns bei der Untersuchung der Seelenstörungen leitet, und gelangen so zu der Diagnose einer Erkrankung, zu welcher sich die angeschuldigte That nur wie ein Symptom oder äussere Kundgebung verhält. Wir müssen erforschen, ob eine idiopathische oder sympathische Gehirnerkrankung vorliegt, ob ein Grundzustand von Epilepsie, Hysterie etc. vorhanden ist. Von grosser Wichtigkeit ist es, das Bestehen einer erblichen Anlage zu ergründen, denn diese äussert sich in psychischer Entartung der Nachkommen bis zu Idiotismus; aber auch angeborene depravirende Charakterzüge, excentrische Handlungen werden oft nur durch sie erklärt. — Stellen wir die gerichtliche Medicin auf eine wissenschaftliche, aber rein medicinische Basis, so werden wir dem Richter hinreichend Grund geben, die volle Glaubwürdigkeit unserer Gutachten anzuerkennen und die gerichtsärztliche Competenz wird in der Folge keine Anfechtungen mehr erleiden. Fragen über Zurechnungsfähigkeit und ihre Grade, über gerichtliche Folgen sogenannter partieller Störungen muss der Arzt durchaus zurückweisen. Es genügt zu constatiren, dass psy-

chische Alterationen auf organischer Grundlage beruhen, dass sie nicht nach einem Typus, sondern auf die verschiedenste Weise sich äussern und dass nicht alle Psychosen in eine der vom Gesetze aufgestellten Formen passen. In Criminalfällen ist die Mission des Arztes erfüllt, wenn er den Beweis liefern kann, dass das angeklagte Individuum im Augenblicke der Vollführung der That der vollen geistigen Integrität genoss oder nicht. — Dies sind die leitenden Grundsätze, nach denen uns *Morel* die gerichtliche Beurtheilung der Seelenstörungen vorführen will. Da eine nähere Betrachtung des bis jetzt isolirten ersten Heftes, welches eine würdige Lösung dieser Aufgabe verspricht, zu keinem Abschlusse führen würde, müssen wir uns eine eingehende Besprechung vorbehalten, bis das vollendete Werk uns vorliegt. Dr. *Kirn*.

Du délire d'inanition dans les maladies. Par le Dr. *Becquet*. Paris. 1866. 47 S.

Verf. will das Delirium behandeln, welches während des Verlaufs, hauptsächlich aber gegen den Ausgang von Krankheiten auftritt — als symptomatischer Ausdruck der Inanition, sei es, dass diese von der übermässigen Strenge einer Enthaltungsdiät herrührt, oder, was gewöhnlicher, die Folge der Unfähigkeit des Magens zur Aufbewahrung von Nahrungsmitteln ist. Schliesslich will Verf. dieses Delirium von dem Secundär-Delirium, das so oft gegen das Ende von langen Erkrankungen, besonders von schweren Fiebern, auftritt, abzugrenzen suchen.

Die Arbeit leiten 3 Krankheitsgeschichten des Verf. ein, denen er noch eine weitere, von *Andral* herrührende, anschliesst. Das in denselben vorkommende Inanitionsdelirium charakterisirt er als ein „délire calme, tranquille, provoqué par des hallucinations."

Eingehender wird dasselbe nun im zweiten Theile der Arbeit abgehandelt. Zunächst macht Verf. dessen speciellere Form von dem Stadium des Inanitionsprocesses abhängig, in dem es auftritt. Er unterscheidet hiernach eine forme bénigne und eine forme grave des Deliriums. Die forme bénigne kann unabhängig von den anderen Inanitionszeichen auftreten, indem Puls, Hauttemperatur, Respiration, motorische Leistungsfähigkeit dabei noch nicht weiter alterirt sind. Sie erscheint auch ohne Vorboten. Der Kranke spricht incohärent, doch sind die Antworten noch den an ihn gestellten Fragen angepasst; es schieben sich aber bald Hallucinationen dazwischen, von denen der Kranke immer mächtiger festgehalten wird.

Er erinnert sich dieser Hallucinationen von einem Tage auf den anderen; oft geht die ganze Richtung des Deliriums die folgenden Tage von einer vorausgegangenen frappirenden Hallucination aus. Das Bewusstsein der Umgebung ist getrübt. Dieses Delirium schwindet langsam und allmählig; oft ist es von einem Secundär-Delirium von Aufregung gefolgt; zeitweise bleibt Gedächtnissschwäche zurück; hin u. wieder können die Hallucinationen auch nach Aufhören des Deliriums noch fortdauern, aber ohne das Bewusstsein des Kranken zu stören. — Schreitet die Inanition weiter, so geht das délire bénigne in das **délire grave** über. Das letztere gehört also den späteren Stadien an, wenn die Abmagerung schon weit vorgeschritten, die Muskelschwäche bedeutender, der Puls klein und sehr frequent geworden ist, die Hauttemperatur zu sinken beginnt. Es entwickelt sich auch plötzlich ohne Vorboten, ist Anfangs unterbrochen, schliesslich anhaltend. Der Kranke lispelt unverständliche Laute — dazwischen schieben sich Pausen von Stillschweigen —; er starrt in's Leere, fixirt nicht mehr, die Augen bewegen sich convulsivisch hin und her; er greift an der Seite herum ohne Object; zeitweise kann er durch wiederholte laute Fragen zu dunkel bewussten Antworten gebracht werden. Allmählig tritt ein schlummerähnlicher Zustand ohne Perceptionen ein; der Puls wird bis zur Unfühlbarkeit klein und frequent; die Haut ist kalt; die Bewegungen cessiren; der Leib wird eingezogen; der Tod ist bevorstehend. —

Gegen die Einwendung, dass diese Symptomenreihe der Ausgang so vieler langdauernder Krankheiten sei, erwiederte *Becquet*, dass es eben der Inanitionsprocess sei, der die meisten schweren Krankheiten Anfangs complicirend begleite, schliesslich der Lösung derselben an deren Stelle trete und den Kranken dem Untergange entgegenführe. *Becquet* empfiehlt diese Thatsache, die er noch speciell mit Beispielen belegt, einer ernsten praktischen Beherzigung.

Sodann bespricht er den Verlauf des Inanitionsprocesses für den günstigen Fall, dass derselbe erkannt und richtig behandelt wird. Zuerst steigt die Körperwärme, nachher kommt die Assimilation der eingeführten Nahrungsmittel wieder in Gang; die intellectuellen Functionen werden erst spät und langsam wieder ermöglicht. Oft begegnet es in der Reconvalescenz, dass das Delirium noch durch ein Stadium der Aufregung hindurchgeht; Verf. bezeichnet das letztere als den praktischen Termin, von dem aus die Zuführung von Nährmitteln etwas wieder nachlassen muss.

Verf. stellt das Inanitionsdelirium unter die „formes dépressives du délire" und legt denselben einen „Cerebralzustand", ähnlich demjenigen im *senium*, zu Grunde. Er sucht diese Hypothese vorzugsweise

durch die Ergebnisse der Autopsieen zu stützen, in denen durchgängig das Hirn mit seinen Häuten blos blutleer, ohne jedes Zeichen von Injection sich darbot. Zweimal war eine bemerkliche Menge von Flüssigkeit in den Seitenventrikeln vorhanden; einmal fanden sich zwei kleine Tumoren von der Form und Durchsichtigkeit der Crystalllinse. Er bezeichnet nach den der pathologischen Anatomie entnommenen Kennzeichen das Inanitionsdelirium als „un délire passif qui reconnaît pour cause une absence de stimulation, une véritable atonie du cerveau.“

Hinsichtlich der Differentialdiagnostik zwischen dem Inanitions-Delirium und dem Secundär-Delirium nach anderen Krankheiten geht er von der Frage aus:

1) Ist das Delirium, dessen Kennzeichen: calme, halluciné sind, immer ein Zeichen der Inanition? Verf. verneint diese Frage.

2) Kann die Inanition nur diese bestimmte Deliriumsform bedingen? Verf. möchte dies nicht bejahen.

Er bespricht dann im Speciellen die Delirien, die oft in der Convalescenz des Typhus auftreten und die verschiedene Deutung, die denselben durch *Trousseau* und *Graves* vorzugsweise gegeben wurde, und schliesst damit, dass das délire calme, halluciné einen Zustand der Depression, der Atonie des Hirns anzeigt, wogegen frischweg eine tonische Behandlung angezeigt ist; das délire aigu, agité bezeichne dagegen eine Ueberreizung des Hirns, die etwa Beschränkung in der Reichlichkeit der Nahrung verlange; diese Beschränkung müsse sogar eine sehr ausgedehnte werden, wenn der Puls steigt, die Haut wärmer wird, weil hier höchst wahrscheinlich ein Uebergang zu einer „hyperémie inflammatoire“ anzunehmen sei.

Schliesslich citirt Verf. noch einen Fall von *meningitis tuberculosa*, unter dessen Symptomen das in Rede stehende Delirium auftrat.

Bezüglich der Prognose hebt Verf. hervor, dass die Schwere derselben sich in den meisten Fällen nach der Hauttemperatur richte, die thermometrisch bestimmt werden müsse. Dann weist er nochmals auf die praktische Würdigung der geschilderten Inanitionszustände hinsichtlich der Allgemein-Prognose bei schweren langdauernden Krankheiten hin, wobei auch nie der Zustand des Magens, in seinem Verhältniss zur Beibehaltung und Verdauung der Nahrungsmittel, ausser Acht gelassen werden dürfe.

Hinsichtlich der Therapie fasst Verf. folgende Sätze zusammen:

1) In schweren Fällen von Inanition muss der Kranke vor Allem künstlich erwärmt werden;

2) bei der forme grave des Deliriums soll man rasch, ohne

Verzug, nähren, gleich vom ersten Augenblick die volle Quantität Speise geben, die ein gesunder Mensch braucht;

3) in weniger weit vorgeschrittenen Fällen bemisst man die Quantität der einzuführenden Nahrung nach dem Entwickelungsgrade der Inanition — mit Beachtung der oben besprochenen Beschränkung beim Auftreten des délire aigu, sécondaire.

4) Hauptfrage ist bei der Behandlung immer: die Verdauungskraft des Magens. Hier weist Verf. auf seine Erfahrungen hin, nach denen der Magen meist den Speisen sich anpasst. Schon am 2ten Tage ertrugen Kranke, welche Milch, Hühner, Brühe etc. nacheinander erbrochen hatten, Fleischspeise; ein anderer Kranker ass schon am 1sten Tage eine Cotelette und verdaute dieselbe. *Sch.*

De la folie raisonnante et de l'importance du délire des actes pour le diagnostic et la médecine légale par *A. Brierre de Boismont.* Paris, 1867. (Baillière.) 45 pp.

Einen recht schätzenswerthen Beitrag zur Lehre von der für Psychiatrie und forensische Medicin gleich wichtigen folie raisonnante hat *Brierre* im Anschluss an die Discussionen der Société méd.-psych. und *Falret*'s Arbeit über den gleichen Gegenstand geliefert und mit 25 so recht aus dem praktischen Leben herausgegriffenen Krankengeschichten illustrirt.

Die folie raisonnante, mit Recht vom Verf. nur als Symptom verschiedener Irreseinsformen, nicht als eigene Form bezeichnet, schliesst diejenigen Irreseinszustände in sich, in welchen der Betreffende durch Aenderung seines ganzen Wesens und Empfindens und daraus hervorgehende ganz verkehrte Handlungen sich genugsam als irre documentirt, gleichwohl aber in seinen Reden sich keine Blösse giebt und sogar das Delirium seiner Handlungen ganz geschickt zu vertheidigen weiss.

Ein solcher Zustand, vielfach übereinstimmend mit dem, was die Engländer unter moral insanity, Andere unter folie d'action, monomanie raisonnante ou affective etc. verstehen, ist häufig und wenn der raisonnirende Charakter der Störung sehr entwickelt ist, kann er die übrigen Symptome ganz verdunkeln, und zugleich den Unkundigen über das Vorhandensein der Seelenstörung täuschen. Forensisch kann dies von schweren Folgen sein, denn gerade die eigenthümlichen Züge der folie raisonnante führen zu einer unabseh-

baren Zahl von Civil- und Criminalprocessen, zu Verleumdungen, Fälschungen, Complotten, Ehrabschneidungen, Morden, Selbstmorden, fälschlichen Anklagen des Diebstahls, der Nothzucht, der widerrechtlichen Freiheitsberaubung u. a. m. Ein solcher Zustand raisonnirender Störung kann das Prodromalstadium von Seelenstörung bilden (*dement. paralyt.*), er kann das ganze Leben hindurch bestehen, ohne in eigentliches „Irresein" überzugehen; er findet sich bei Hypochondern, Melancholischen (Verfolgungswahn), wenn der Wahn noch vor Anderen verborgen oder mit Vernunftgründen motivirt wird. Auch die partielle Verrücktheit erscheint oft in raisonnirendem Gewande. Ein grosses Contingent liefern ferner gewisse Zustände hysterischer Seelenstörung. Sie können zu Ehescheidungen, Denunciationen des Arztes, dass er die Kranken geschlechtlich missbrauchte, zu Processen wegen widerrechtlicher Freiheitsberaubung Anlass geben und sind eine wahre crux medicorum einer Anstalt (vgl. Beob. 20.). Endlich sind es gewisse Phasen der folie circulaire, gewisse Zustände des *alcoholismus chronicus*, besonders seine periodischen Formen, ferner das epileptische Irresein, die raisonnirende Krankheitsbilder liefern können.

Der Laie geht bei der Beurtheilung solcher Fälle analytisch zu Werke und erkennt nicht die Störung, der Sachverständige findet im Gesammtbild des Kranken, der Unmotivirtheit, Unüberlegtheit der Handlungen, der Willensschwäche, der krankhaften Gemüthlosigkeit, dem ganzen Extérieur der schriftlichen Aufzeichnungen etc. solcher Individuen hinlängliche Beweise der Störung, um sich durch das „Vernünftigreden" derselben nicht blenden zu lassen. Doch hat auch er nicht selten Mühe, den stringenten Beweis der Störung zu liefern, da beim Fehlen jeglicher Wahnideen und Sinnestäuschungen, bei der Aehnlichkeit des Krankheitsbildes mit durch moralische Verkommenheit, verfehlte Erziehung etc. gesetzten menschlichen Zerrbildern, nur gewisse formale Störungen des Vorstellens, gewisse unbeherrschte Triebe, Strebungen, unüberlegte Handlungen und unmotivirte Reden, gewisse Defecte des Gemüthslebens ihm das Material der Expertise zu geben scheinen.

Nur der synthetische Weg, die exacte anamnestische, pathogenetische Forschung, die Untersuchung des somatischen und psychischen Stammbaumes (Heredität), eine fortgesetzte Beobachtung kann hier vor Irrthum bewahren; auch die schriftlichen Aufzeichnungen der Kranken können werthvolle Documente abgeben.

Dr. von *Krafft-Ebing*.

Bibliographie.

1. *Selbständige Werke.*

Deutsche.

Buchner, *E.*, Lehrbuch der gerichtl Medicin f. Aerzte und Juristen. München, 1867. 454 S. 2 Thlr. 4 Sgr.
I. Abth.: Gerichtl.-med. Unters. in Beziehung auf die Selbstbestimmungsfähigkeit. 1. Kap. Allgemeines. S. 80. 2. Kap. Die Gemüthsaffecte. S. 96. 3. Kap. Die Geistesschwäche. S. 102. 4. Kap. Die Geisteskrankheiten, der Wahnsinn. S. 115. 5. Kap. Verschiedene andere psychische Störung verursachende Zustände. S. 141. 6. Kap. Simulation der Geistesstörung. S. 157.

Camerer, Versuche üb. d. zeitlichen Verlauf der Willensbewegung. Inauguraldiss. Tübingen, 1866.

Eckhard, *C.*, Experimentalphysiologie des Nervensystems. 2. und 3. Liefrg. Giessen (Roth), 1866. gr. 8. S. 129—306, mit eingedruckten Holzschnitten. à ⅓ Thlr.

Erlenmeyer, Die Embolie der Hirnarterien. 2. Aufl. Neuwied (Strüder), 1867. 10 Sgr.

Ishord, *Ch.*, Der therapeut. Gebrauch d. Arseniks geg. d. Krankh. d. Nervensystems. Aus dem Franz. u. m. Anm. v. *Le Viseur*. Erlangen (Enke), 1867. 28 Sgr.

Landzert, *Th.*, Beiträge zur Craniologie. 4. Mit 11 Taf. Frankfurt a/M. (Winter), 1867. 1⅓ Thlr.

Meyer, *R.*, Zur Pathologie des Hirnabscesses. Zürich (Schabelitz), 1867. 16 Seiten.

Oetinger. *Wilh.*, Das Narcein als Arzneimittel. Tübingen (Heckenhauer), 1866 gr. 8. 41 Seiten. ¼ Thlr.

Pansch, *A.*, De sulcis et gyris in cerebris simiarum et hominum. Comment. anat. gr. 4. Kiel (Eutin, Struve), 1866. 12½ Sgr.

Pfaff, Dr. *E. R.*, Physiognomik des menschlichen Auges. Für Gebildete aller Stände. 16. Dresden (Türk), 1866. 18 Sgr.

Piderit, Dr. *Th.*, Wissenschaftliches System der Mimik und Physiognomik. Mit 94 photolithogr. Abbild. Detmold, 1867. 200 S.

Reich, Ed., Die Ursachen der Krankheiten, der physischen und der moralischen. gr. 8. br. Leipzig (Fleischer), 1867. 2 Thlr. 22½ Sgr.

Schmidt, *E.*, Zum Schutze der Irren. Eine Darlegung ihrer Verhältnisse mit Vorschlägen zur Verbesserung, begründet und begleitet von einer sechsjährigen Statistik der Abtheilung für heilbare Irre im Juliushospitale zu Würzburg, nebst Krankengeschichten. Würzburg (Stahel), 1867. 1 Fl.

Schopenhauer, *A.*, Ueb. d. Willen in d. Natur. Erörterung d. Bestätigungen der Philosophie d. Verf. durch die empir. Wissensch. 3. Aufl. Herausg. von *J. Frauenstädt*. Leipzig (Brockhaus), 1867. 1 Thlr.

Schüle, *H.*, Hülfsarzt in Illenau, Die *dysphrenia neuralgica*. Eine klinische Abhandlung. Nach Beobachtungen an weiblichen Kranken bearbeitet. Karlsruhe (Müller), 1867. 152 S.

Solbrig, *A*, Verbrechen und Wahnsinn. Ein Beitrag zur Diagnostik zweifelhafter Seelenstörungen für Aerzte, Psychologen und Richter. München, 1867. 65 S.

Splittgerber, *F.*, Schlaf und Tod nebst den damit zusammenhängenden Erscheinungen des Seelenlebens. Eine psychologisch-apologetische Erörterung des Schlaf- und Traumlebens, des Ahnungsvermögens und des höheren Aufleuchtens der Seele im Sterben. Halle (Fricke), 1867. 2 Thle. 493 S. 2½ Thlr.

Im 1. Theile über Schlaf und Traum nebst den damit zusammenhängenden Erscheinungen des Seelenlebens. — Der 2. Theil behandelt das höhere Aufleuchten des Seelenlebens im Sterben und zwar 1) den unabgeschlossenen Process des Sterbens und den Scheintod; 2) den sich vollendenden Process des Sterbens oder den wirklichen Tod, und endlich 3) stellt er eine Schlussbetrachtung an über die Ergebnisse der sämmtlichen vorausgegangenen Untersuchungen.

Traugott, *E.*, Krit. Randbemerkgn. zu zwei irrenärztlichen Volksschriften und den darin gelehrten Heilprincipien. Stuttgart (Kröner), 1867. 12 Sgr.

Ullersperger, *J. B*, Italiens Irrenwesen aus dem laufenden Jahrzehnt ger. 6 Bogen. Würzburg (Stahel), 1867. 18 Sgr.

Werther, *C. A.*, Lebens-, Seelen- und Geisteskraft od. d. Kräfte der organ. Natur in ihrer Einheit und Entwickelung. 2. Thl. Der Mensch als geistiges Individuum nach s. Bildg. und Entwicklg. auf Grund-

lage d. Natur. Nordhausen (Förstemann), 1867. 1 Thlr. 24 Sgr. (1. u. 2. Thl.: 3 Thlr. 9 Sgr.)

Wochenblatt, Illenauer. Karlsruhe (Müller), 1867. Halbjährig 54 Kr. Erste Nummer vom 6. Juli.

Bestimmt für die Gemeinschaft der Illenauer selbst, für die Anbahnung einer näheren Verbindung mit den Familien der Kranken, Erhaltung einer Verbindung mit den entlassenen Kranken, für Mittheilung des Illenauer Lebens an verwandte Anstalten. Folgende Artikel werden aufgenommen: 1) Originalmittheilungen — mit Bezug auf das Anstaltsleben — aus der Geschichte der Anstalten — aus dem Gebiet der Wohlthätigkeit — ferner Erzählungen, Parabeln. 2) Verordnungen und Wünsche, die das Anstaltsleben betreffen; Anfragen und Bekanntmachungen. 3) Anstaltschronik, also Mittheilungen über wichtige Vorfälle, neue Ereignisse, Fremdenbesuche, Concerte, Theater, Feste, sowie statistische Mittheilungen über das Illenauer Leben, über die ökonomischen und finanziellen Verhältnisse.

Ausländische.

Bécoulet, Considérations sur l'emploi de l'opium dans la manie. Thèse. Strasbourg, 1866.

Billoux, *L. L.*, Quelques considérations sur le vertige épileptique. 4. Strasbourg, 1867.

Bindé, Du *delirium tremens*, de son traitement par la digitale à haute dose. Thèse. Paris, 1866.

Bonnet, *H.*, Considérations étiologiques sur les maladies mentales. Nancy, 1867. broch. de 13 pages.

Bouchard, *Ch.*, Etude sur quelques points de la pathogénie des hémorrhagies cérébrales. in-8. de 116 pag. avec planche. Paris (Savy), 1867. 3 Frcs.

Brierre de Boismont, *A.*, De la folie raisonnante et de l'importance du délire des actes pour le diagnostic et la médecine legale. Paris (Baillière), 1867. 95 pp.

—, Joseph Guislain, sa vie et ses écrits. Avec le portrait. Paris (Baillière), 1867. 160 pp.

Brown-Séquard, Leçons sur le diagnostic et le traitement des principales formes de paralysie des membres inférieurs; traduit de l'anglais par *Richard-Gordon*; 2e édit., rev. et annotée par l'auteur, avec une introduction sur la physiologie des actions réflexes, empruntée aux leçons du *Ch. Rouget*. 1 Vol. in-8°. Paris (Masson). 3 Frcs. 50 Ct.

Carrier, Etude sur la localisation dans le cerveau de la faculté du langage articulé. Paris (Baillière), 1867. 2 Frcs.

Chéron, Observations et recherches sur la folie consécutive aux maladies aiguës in-8. de 400 pag. Paris (Delahaye), 1867. 2 Frcs.

Dauby, Quelques considérations sur la menstruation dans ses rapports avec la folie. Thèse. Paris, 1866.

Foissac, *P.*, De l'influence des climats sur l'homme et des agents physiques sur le moral. 2 Vol. Paris (Baillière). 15 Frcs.

Font-Réaulx, *J. de*, Localisation de la faculté spéciale du langage articulé. in-4. Paris (Delahaye), 1867. 2 Frcs. 50 Ct.

Galais, *L.*, Des mutilations chez les aliénés, pour servir à l'histoire des altérations de la sensibilité chez ces malades. Thèse. Paris, 1867.

Grand de Cailleux, Spécimen du budget d'un asile d'aliénés et possibilité de couvrir la subvention départementale au moyen d'un excédent équivalent de recette. Paris (Masson). 1 Vol. in 4°. cart. avec tableaux. 8 Frcs.

Hinglais, Simulation des maladies chez les femmes nerveuses. Thèse. Strasbourg, 1866.

Jeannerat, *St.*, Des ossifications de la dure-mère (pachyméningite osseuse). Thèse. Strasbourg, 1866.

Laffitte, *N.*, Compte rendu administratif et médical de l'asile d'aliénés de Lafond pour l'année 1865. La Rochelle, 1866. in-8.

Laurent, Etude méd.-lég. sur la simulation de la folie. 1 Vol. in-8. 1866. 6 Frcs.

Liebeault, Dr., Du sommeil et des états analogues. Paris (Masson), 1866. in-8.

Magnan, De la lésion anatomique de la paralysie générale. in-8. de 38 pag. Paris, 1867.

Mangenot, *Ch.*, Anatomie pathologique de la paralysie générale. Thèse. Strasbourg, 1867.

Morel, Traité de la méd. lég. des aliénés. 1 livr. (Geschichte.) Paris, 1866.

Renault du Motey, Dr., Compte rendu du service médical de l'asile d'aliénés de Blois pour l'année 1865. Blois, 1866. in-8.

Ribes, *J. E.*, De la perversion morale chez les femmes enceintes considérée princip. au point de vue méd.-légal. 4. Strasbourg, 1866. Thèse.

Rouget, *Ferdinand*, Physiologie du système nerveux, connaisance de la cause qui produit les perturbations physiques et morales dépendant du système nerveux. Toulouse (Caillet et Baylac), 1866. 12. 152 pp. 3 Frcs.

Soulier, *H.*, Etude critique sur le ramollissement cérébral. Lyon (Mégret). broch. in-8. de 46 pages.

Tripier, *L.*, Du cancer de la colonne vertébrale et de ses rapports avec la paraplégie douloureuse. Avec pl. Paris (Masson et fils.), 1867. 3 Frcs.

Rapport sur le service des aliénés du département de la Seine pour l'année 1865. in-4. Paris, 1866.

Austin, *J.*, A practical account of general paralysis: its mental and physical symptoms, statistics, causes, seat and treatment. London (Churchill). 6 s.

Browne, *W. A. F.*, Sisterhoods in asylums. London (Adlard), 1866. 25 pp. (Auch in The J. of ment. 1866.)

Catlow, *J. P.*, On the principles of aesthetic medecine; or, the natural use of sensation and desire in the maintenance of health and the treatment of disease, as demonstrated by induction from the common facts of Life. London (Churchill), 1867. 325 pp. (Das Manuscript ist 1853 geschrieben, Verf. bald nachher gestorben.)

Davey, *J. G.*, Notes on a case of suicidal mania. Bristol (Mathews), 1865. 18 pp.

Dunn, An essay on physiological psychology. London (Churchill). 8 vo. 4 s.

Hood, *Ch.*, Suggestions for the future provision of criminal lunatics, London (Churchill). 8 vo. 5 s. 6 d.

Kellogg, *A. O.*, Shakespeare's Delineations of insanity, imbecillity, and suicide. 1 vol 12 mo. New-York (Hurd). 1 Doll. 75 Cent.

Kirkbride, *Th.*, Report of the Pensylvania hospital for the insane, for the year 1866. in-8. de 58 pp.

Lee, Edwin, Animal magnetism. and lucid somnambulism. London (Longmans, Green and Co.), 1866. 8. XVI and 334 pp.

Madden, *Th. M.*, On insanity and the criminal responsibility of the Insane. Dublin (Falconer), 1866. (Pamphlet.)

Maudsley, *H.*, The physiology and pathology of the mind. (Macmillan and Co.) 16 s.

Report, Eleventh annual of the trustees of the state lunatic hospital at Northampton. Boston, 1867. in-8.

—, Ninth annual, of the general board of commissioners in lunacy for Scotland. Edinburgh (Constable), 1867. 274 pp. 1 s. 6 d.

Eighth annual reports for the year 1866, Sussex County lunatic asylum, Haywards heath., Lewes.) 1867. 62 pp.

Skey, *F. C.*, Hysteria. Remote causes of disease in general. Treat.

ment of disease by tonic agency. Local or surgical forms of hysteria etc. Six lectures. (Longmans), 1866. 5s.

Winslow, *F.*, Ligth: its influence on life and health. London (Longmans), 1867. 6s.

Bonucci, *Fr.*, Principi di antropologia o di fisiologia morale dell uomo compilati. Perugia, 1866. in-12. de 180 pp. 3 Frcs.

Faralli, *Giovann.*, Dell' atropina nella epilessia. Firenze, 1865. 16 pp.

---

2. *Psychiatrisches in nicht-psychiatrischen Zeitschriften.*

Deutsche.

Besser, *L.*, Zur Histogenese der nervösen Elementartheile in den Centralorganen des neugeborenen Menschen — *Virchow's* Archiv XXXVI. S. 315—35. 1866.

Böke, *J.*, Cystis auriculae. — Wiener med. Presse. 1867. Nr. 12.
Von selbst sich entwickelnde Cyste bei einem intelligenten Mann ohne Entzündungssymptome u. Blutinhalt. Geöffnet floss mit Eiter tingirte Synovia aus. Innerliche Auskleidung mit einer glänzenden sehnenähnlichem Membran, an einzelnen Stellen mit kleinen Fleischwärzchen besetzt.

Boettger, Ueber d. Remissionen im Verlauf der allg. Paralyse der Geisteskr. — Deutsche Klinik. 1866. Nr. 1.

Clemens, *Th.*, Erfahr. üb. d. therapeutische Verwendung der Cocablätter (Erythroxylon coca). — Deutsche Klinik. 1867. Nr. 6.
Angewendet bei verschiedenen Leiden des *vagus* und auf Prüfung einer zu erzielenden erhöhten Widerstandsfähigkeit des Gesammtnervensystems bei effectiv sehr verminderter Nahrungszufuhr. Ein leichtes Wärmegefühl in der Magengegend trat gewöhnlich einige Zeit nach dem Kauen ein und alsbald trat das Hunger- und Durstgefühl in den Hintergrund. Bei abnorm vermehrtem Hungergefühl versagte das Mittel als Thee nie die hungerstillende Wirkung. Bei Katalepsie, Epilepsie und Blödsinn, wo oft ein unersättlicher Hunger sich zeigt, war der abnorme Hunger bei täglich nur einer Tasse Cocathee (ein Esslöffel auf 1 Tasse heissen Wassers) i. d. R. schon am 3. Tage verschwunden und kehrte dann auch selbst bei alsbaldigem Aussetzen des Mittels sobald nicht wieder. Ebenso gute Dienste bei esschöpfenden Krankheiten, bei quälendem Durst im *diabetes*, bei *del. trem.* (leichtes Cocainfus mit *laudanum*) etc.

Czermak, Joh., Ueb. d. sogen. Manègebewegungen in Folge von einseitiger Verletzung gewisser Hirntheile. — Jen. Zeitschr. f. Med. u. Naturw. III. 1. S. 8. 1866. — *Schmidt's* Jahrb. 1867. Nr. 18.
Verletzungen des Dachs der Seitenventrikel und der Substanz zwischen Seh- und Streifenhügel bedingte bei 2 Kaninchen Drehungen nach der verletzten Seite.

Delbrück, Einige Worte üb. Verbrecherwahnsinn. — Viertelj. f. ger. Med. Nr. 1. Bd. IV. April. S. 294.

Elvers, Ueber die Behandlung der Epilepsie mit Bromkalium. (Ver. balt. Aerzte.) — Deutsche Klinik. 43. S. 391. 1866.

Fleckner, Gutachten über den Geisteszustand und die Zeugungsunfähigkeit eines des Todtschlags Angeklagten. — Wien. med. Wochenschr. XVI. 83—87. 1866.

Friedel (Assessor), Ueb. d. preussische Gemüthsuntersuchungsverfahren mit besonderer Rücksicht auf die Praxis des Königl. Stadtgerichts zu Berlin. — *C. Hiersemenzel's* Deutsche Gerichtszeitung. 1867. 2. Heft.

Gauster, Mor., Zur Irrenstatistik Krains. — Deutsche Zeitschr. für Staatsarzneik. N. F. XXIV. 2. S. 229. 1866.

Gerlach, J., Zur Anatomie des menschlichen Rückenmarks. Vorläufige Mittheilung. — Centralb. f. med. Wissensch. 1867. Nr. 25.
Empfehlung der Goldlösung (1 Thl. Goldchloridkalium auf 10,000 Th. angesäuertes Wasser) zur Untersuchung des Faserverlaufes in der grauen Substanz der Centralorgane. Grössere Schärfe derselben und Unterscheidung der faserigen Elemente des Nervensystems und der Bindesubstanz. Resultate.

Hubrich, Max, Ueber ein eigenthüml. Verhalten der grauen Hirnsubstanz gegen Wasser. Nebst einer Nachschrift von *Ludw. Buhl.* — Ztschr. f. Biol. II. 3. S. 391. 1866.

— —, Kalkdegeneration der Gefässe im Gehirn. — ibid. S. 377.

Husemann, Th., Zur Statistik des Idiotismus. — Mon.-Bl. f. med. Statistik. IX. 1866.

Irrenanstalt, Bericht über den Bau einer solchen. — Würtemb. Corresp.-Bl. XXXVI. 27. 32. 1866. — Oesterr. Ztschr. f. prakt. Heilk. XII. 35. 36. 1866.

Kohlrausch, F., Ueber die Fortpflanzungsgeschwindigkeit des Reizes in den menschl. Nerven. — *H.* und *Pf.*'s Ztschr. f. ration. Med. 3. Reihe. XXVIII. 2. und 3. S. 190. 1866.

v. Krafft-Ebing, Gerichtsärztl. Gutachten über e. nach einer Kopfverl. aufgetretenen Fall von hyster. Irresein. — *Friedreich's* Bl. Hft. 5. 1866.

— —, Bericht üb. d. Leistungen im Gebiete der gerichtlichen Psy-

chiatrie im Jahre 1866. — *Friedreich's* Blätter für gerichtliche Medicin.

v. Krafft-Ebing, Bericht üb. d. Leistungen im Gebiete der ger. Psychiatrie im Jahre 1865. — *Friedreich's* Bl. f. ger. Medicin. 1866.

— —, Ueber d. rechtliche Stellung der an *dem. paral.* Leidenden in d. Remissionen ihrer Krankh. — *Friedreich's* Bl. f. ger. Medicin. 1866. Hft. 2.

Kugelmann, Gynäkologische Mittheilungen, besonders über die chron. *oophoritis* u. über Neurosen, erzeugt durch Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. — Deutsche Klinik 14—18. 1865.

12 Fälle von Neurosen geheilt oder wesentlich gebessert durch Beseitigung oder Milderung der Genitalleiden, bei 6 zugleich *oophoritis.*

Maschka, Gutachten über den Geisteszustand des doppelten Todschlags angeklagten *J. P.* — Wien. med. Wochenschr. 1866. Nr. 93 und 94.

Ein händel- und raufsüchtiger Maurergesell, starker Getränke gewohnt, gewöhnlich nicht dem Rausche unterliegend, ersticht, nachdem er verhältnissmässig wenig Branntwein genossen und ohne Merkmale schwerer Trunkenheit oder Geistesverwirrung zu zeigen, ohne Motiv und ohne Prämeditation, anscheinend in Folge einer Rauferei, deren Spuren er an seinem Körper trägt, seinen Verwandten und in Folge wilder Erregung eine hinzukommende fremde Person, benimmt sich später als Geistesgesunder, läugnet jede Kenntniss des Vorgangs, erweckt aber durch seine Aeusserungen gegen Mitgefangene den Verdacht, dass er das Geständniss aus Furcht vor schwererer Strafe zurückhalte Das ärztliche Erachten findet keinen Grund zur Annahme weder von Volltrunkenheit noch von Geisteskrankheit, sondern weist nach, dass die That zwar in hochgradiger Aufregung, doch mit Bewusstsein vollbracht worden ist.

— — Gutachten üb. d. Geisteszustand eines wegen Mord und Religionsstörung Angeklagten. — Prag. Vierteljschr. 1866. S. 79.

Meynert, Th., Ueber die Rarefaction der Gehirnrinde bei Geisteskranken. — Wien. med. Wochenbl. XXII. 41. S. 111. 1866.

Mittermaier, Der Selbstmord und sein Zusammenhang mit psychiatr u. gerichtsärztl. Fragen. — *Friedreich's* Bl. 1866 Hft. 3.

Mohr, H., Ueber Sinnesdelirien oder Sensualität und Intellectualität in ihrer Wechselwirkung. — Deutsche Vierteljahrsschrift. 1867 2. Heft.

Naumann, O., Die *epispastica* als excitirende und deprimirende Mittel, ihr Einfluss auf Puls und Körperwärme. — Prag. Vierteljahrs-

schrift XCIII. 1867. S. 133, und *Schmidt's* Jahrb. 1867. Nr. 1. S. 158.

Das Ergebniss der vorliegenden Untersuchungen ist: 1) Des längeren Hautreizes Wirkung dauerte auch nach deren Ende noch länger fort, beim Gesunden oft ½—¾ Stunden noch nach dem Reize. 2) Die durch starken Hautreiz eintretende Erschlaffung des Pulses erreicht zwar oft während des Reizes, oft erst nach dessen Ende ihr Maximum. 3) Die excitirende Wirkung der relativ schwachen Hirnreize hält nach Abbrechung des Reizes noch länger an, wird aber endlich auch einer Erschlaffung gefolgt, die jedoch später und geringer hervortritt als nach starkem Hautreize. 4) Nach letzterem tritt constant, meist nach längerem oder kürzerem Zeitraume der Erwärmung, eine Abkühlung der Körperwärme ein, die oft nach ½ Stunde noch nicht beendet ist. 5) Dieser Zeitraum der Erwärmung ist verschieden, die Abkühlung tritt oft noch während des Reizes, oft erst nachher ein.

Nothnagel, Zur Physiologie und Pathologie d. Temperatursinns. — Archiv f. klin. Med. II. 3. S. 285. 1866.

Paul, H. J., Ger. Gutachten üb. d. Geisteszustand zweier Mörder ihrer Kinder — Viertelj. f. ger. Med. N. F. Bd. V. S. 254. 1866.

Peremeschko, Ueber d. Bau des Hirnanhanges. — *Virchow*'s Archiv. Bd. XXXVIII. Hft. 3. März.

Redenbacher, W., Ueber die Wirkung des Atropin bei Epilepsie. — Bayer. ärztl. Intelligenz-Bl. 36. 1866.

Rupprecht, Diebstahl, Irrthum aus Beschränktheit oder epil. Lücke der Intelligenz? — Viertelj. f. ger. Medicin. Bd. V. Hft. 1. S. 1.

Schultz, Dr. *Alex.*, Zur Lehre von der Blutbewegung im Innern des Schädels. — Petersb. med. Ztschr. Bd. XI. Heft 2. S. 122

Bei der gänzlichen Unkenntniss, in welcher wir uns in Beziehung auf den Chemismus der Nervensubstanz befinden, bei der Zersplitterung der Ansichten über die functionell wesentlichen Theile des morphologisch-complicirten Hirngewebes, kann es nicht auffallen, dass die Frage von der Blutbewegung im Gehirn, als der Beantwortung am zugänglichsten, immer wieder den Untersuchungseifer der Aerzte von Neuem anregt und die Bestrebungen derselben vervielfacht, diesen die ganze Gehirnpathologie beherrschenden Gegenstand aufzuklären. Eine grosse Reihe von Versuchen, die zur Lösung der uns beschäftigenden Frage gestellt worden sind, hat es bisher noch nicht vermocht, eine Uebereinstimmung in den Angaben herbeizuführen, wie die Wichtigkeit des Gegenstandes es wünschenswerth macht. Vielen

Versuchen, deren Resultate bereits von Physiologen und Klinikern zu Gunsten verschiedener Theorieen der Gehirncirculation verwerthet wurden, fehlt es noch an jeder Controle. Daher hat Verf. sich veranlasst gefunden, eine experimentelle Revision der Lehre von der Blutbewegung im Innern des Schädels vorzunehmen, deren Resultat er hier als vorläufige Mittheilung bringt.

1) Bei passender Herrichtung ist es möglich, mit Hülfe des Mikroskopes und guter Beleuchtung, die Blutbewegung in den Gefässen der *pia mater* des Kaninchens zu beobachten, und zwar in einem Umfange, wie wir dieselbe an durchsichtigen Geweben gewohnt sind, wahrzunehmen. Lumenwechsel der Gefässe, Geschwindigkeitsstörungen des Blutstromes und Dichtigkeitsverhältnisse der Blutkörperchen lassen sich bei diesem Beobachtungsmodus genau bestimmen.

2) Die Gefässe der *pia* des Kaninchens sind, ähnlich den Ohrgefässen, schon unter normalen Verhältnissen einem fortwährenden Lumenwechsel unterworfen. Zwischen dem Lumenwechsel der Ohrgefässe und demjenigen der Piagefässe findet keine zeitliche Uebereinstimmung statt. Ebensowenig ist an den Piagefässen ein Rhythmus zu bemerken, wie solcher von *Schiff* für die Ohrgefässe betont worden ist.

3) An den Arterien der *pia* ist bis in die feinsten Verzweigungen hin eine pulsatorische Bewegung auf das deutlichste wahrzunehmen.

4) An den Venen der *pia* ist weder eine pulsatorische, noch eine mit der In- und Exspiration zusammenfallende Bewegung der Blutsäule zu sehen. Ebensowenig vermag der gesteigerte negative oder positive Athmungsdruck eine sichtbare Veränderung an der Blutsäule hervorzurufen.

5) Nie hat Verf. auf der *pia* einen directen Uebergang der Arterien in Venen beobachtet, wie derselbe von *Schroeder van der Kolk* und *Sucquet* an Injectionspräparaten demonstrirt worden ist.

6) Die motorischen Nerven der in der *pia* des Kaninchens verlaufenden Gefässe können nur anomaler Weise im Halssympathicus verlaufen (*Donders-Callenfels*). Eine Reihe von Durchschneidungen und Reizungsversuchen hat nie eine Contraction oder Erweiterung der Gehirngefässe ergeben, während der Effect auf die Ohrgefässe nur ausnahmsweise ausblieb.

7) Die motorischen Nerven der Piagefässe entspringen und verlaufen nicht im Rückenmark. Reizung und Durchschneidung des Rückenmarks, angefangen vom obersten Halswirbel bis zu

den Lendenwirbeln herab, ändert das Lumen der Piagefässe nicht, während die Gefässe anderer Körpertheile es an einer der jedesmaligen Reizungsstelle nach zu erwartenden Reaction nicht fehlen liessen.

8) Der Tod nach Asphyxie, Blutverlusten und Vergiftung durch Narcotica, Strychnin, Worare, Chloroform ist stets von Blutleere der Piagefässe begleitet, die nach einer vorhergehenden Erweiterung sich häufig schon während des Todeskampfes contrahiren. Eine Ausnahme bildet, so weit unsere Untersuchungen reichen, der Tod durch Kohlenoxydgas, welches die Gefässmuskeln zu lähmen scheint. Bei dieser Todesart bleiben die Gefässe selbst nach dem Tode mit charakteristisch gefärbtem Blut angefüllt. Die oben besprochene Contraction beschränkt sich jedoch nur auf die Arterien der *pia;* das Füllungsmaass der Venen hängt ab von der Lagerung des Thieres nach dem Tode, von dem Zustande der Lungen und des Abdominalraumes. Füllt man z. B. den Darm, die Bauchhöhle oder die Lungen mit Luft an, so erhält man die höchsten Grade der venösen Hyperämie des Gehirns.

9) Versuche über die Wirkung von Atropin, Strychnin, den Basen des Opiums, Worare, Ergotin haben nie eine Wirkung auf die Piagefässe geäussert.

10) Directe elektrische Reizung bringt die Arterien der *pia* zur vollständigen Contraction, während die Venen unverändert bleiben. Es wird nicht schwer sein, die eben erwähnten Thatsachen für die Lehre von der Blutcirculation im Innern des Schädels zu verwerthen und so manche der gangbaren Anschauungen zu berichtigen. Verf. verweist hier nur auf den von ihm beobachteten beständigen Lumenwechsel der Piagefässe im normalen Zustande, als auf eine Thatsache, die uns besonders vorsichtig machen muss, Angaben gegenüber von Wirkungen verschiedener Zustände auf das Lumen der Gehirngefässe.

Was die angegebenen Resultate über Ursprung und Verlauf der Gefässnerven der *pia* beim Kaninchen betrifft, so muss, gestützt auf eine Reihe unter dem Mikroskope vorgenommener Reizungs- und Durchschneidungsversuche, der extracranielle Ursprung und Verlauf dieser Nerven in Abrede gestellt werden. Es scheint diese Selbständigkeit der cerebralen Gefässnerven auch mehr den Anschauungen von dem Vonstattengehen der Gehirnthätigkeit zu entsprechen, als die Unterwerfung dieses Theiles des Blutkreislaufes unter den Einfluss der in ihrer Innervation so leicht afficirbaren, im *sympathicus* oder Rückenmark verlau-

fenden Gefässnerven. Das Auge liefert uns zu der Selbständigkeit des cerebralen Blutkreislaufes das physiologische Analogon.

Seligson, *Eduard*, Ueber epileptische Anfälle. — Deutsche Klinik. 41. 1866.

Thierfelder sen., Ueber die Verhütung der Geisteskrankheiten und der Fallsucht. — Ztschr. f. Med., Chir. u. Geburtshülfe Hrsg. v *H. Ploss*. N. F. Bd. VI. Heft 1.

v. Trautvetter, Ueber den Nerv der Accommodation. — Archiv für Ophthalm. XII. 1. S. 95. 1866.

Bei Tauben und Hühnern fand nur bei Reizung des *n. oculomotorius*, nicht bei den übrigen Nerven, eine deutliche Verkleinerung, bezüglich Verschiebung des Reflexbildes der vorderen Linsenfläche statt, gleichfalls beobachtet auch nach Reizung des *m. ciliaris*. Der Analogie nach ist daher auch beim Menschen der *n.* oculomotorius der Accommodationsnerv.

Walser, Fall von Cretinismus. — Würtemb. Corresp.-Bl. XXXVI. 29. 1866.

Wiedemann, *H.*, Ueber d. Sandgeschwulst. — *H.* u. *Pf.*'s Zeitschr. f. prakt. Med. 3. R. XXIV. 1. S. 127. 1865. — *Schmidt*'s Jahrb. 1867. Heft 2. S. 162.

Die Sandgeschwulst (*scerouloma H. Meckel*, *psammoma Virchow*) besteht aus Bindegewebe, Gefässen und Sandkörnern. Letztere sind mikrosk. Kugeln von kohlensaurem Kalk, der in eine concentrisch geschichtete, stickstoffhaltige Substanz incrustirt ist. Man hat sie bisher in Gehirn und *dura mater* getroffen. Die Mehrzahl der Fälle betrifft geisteskranke Individuen, waren in verschiedenen Stellen, oft in den Streifenkörpern; die der *dura mater* bis Hühnereigrösse. Die erste Grundlage der Geschwulst wird gebildet durch Zellen, vielleicht durch Epithelialzellen der *dura*, die durch irgend einen Anlass zu grösserer Vermehrung angeregt werden. Diese schichten sich kugelig, cylindrisch, drusig zusammen. Weiterhin zerfallen die in der Mitte gelegenen, also ältesten Zellen in eine amorphe, stickstoffhaltige, stark lichtbrechende Substanz, in der es nur zur Ablagerung von Kalksalzen kommt. So geht der Process vom Centrum zur Peripherie immer weiter und bedingt das Wachsthum der Körner. Wahrscheinlich lagern sich die Kalksalze nie in die Zelle selbst ab, sondern erst in die umgewandelt amorphe Masse Die gleiche, an sich unbekannte Ursache, die eine Vermehrung der Zellen bedingte, bewirkt nun auch eine Wucherung des Bindegewebes und der Capillargefässe, die, anfangs schneller wach-

send als die Sandkörner, der ganzen Geschwulst in den ersten Stadien mehr das Gepräge eines Sarcom verleihen. Später treten die Sandkörner in den Vordergrund, bedingen durch Druck die Verödung der Capillargefässe, hemmen so die Entwickelung der spindelförmigen Zellen und des Bindegewebes und führen zu der ausgeprägten Form. — Die Symptome hängen wesentlich vom Sitze und Umfange ab. An der *dura mater* über der Gehirnconvexität oft keine Symptome. An der Schädelbasis Druck auf benachbarte Nerven, im Gehirn selbst Geistesstörungen, Wahnsinn und Blödsinn. Verlauf schleichend; von Therapie keine Rede.

Wittich, Ueber den Einfluss des Sympathicusreizes auf die Function der Parotis. — *Virchow's* Arch. XXXVII. 1. S. 93. 1866.

Wundt, Ueber d. psychische Maass. — Deutsche Klinik. 45. 46. 1866.

Zenotti, Arnold, Ueber die Ventilations-Einrichtungen des Aushülfskrankenhauses zu München. — Zeitschr. f. Biol. II. 3. S. 425. 1866.

Ausländische.

Banks, Fall von Hemiplegie mit Aphasie. — Dubl. Journ. XLII. 84. S. 489. Novbr. 1866.

Billot, Des tuberc. du cervelet, path., anat. et phys. path. — Arch. gén. 1866. p. 519—29.

Blandfort, George Fielding, Ueber Geisteskrankheit. — Med. Tim. and Gaz. Sept. 1., Oct. 20., Nov. 3. 1866.

Bouchard, Ch., Des dégénerations second. de la moëlle épinière. — Arch. génér. Septbr. 1866. p. 272—92. 561—78.

Brierre de Boismont, A., Die Folie raisonnante und ihre Diagnostik. (L'Union 133. 1866. — *Schmidt's* Jahrb. 1867. Nr. 2. S. 202.)

1) Es giebt eine Varietät geistiger Störung, bei der die Kranken sich mit dem vollen Anscheine der Vernünftigkeit ausdrücken können und die man mit fol. rais. bezeichnet hat. 2) Sie ist bei verschiedenen Formen von Geisteskrankheit, vorz. aber bei manischer Excitation, Melancholie, dem Handlungswahnsinn (monom. inpulsive) und der folie circulaire. 3) Dieses Symptom tritt bisweilen so hervor, dass sie das hervorragendste wird, während hier gewöhnlich doch eine weitere Beobachtung noch einige andere Zeichen psychischer Krankheit constatiren lässt. 4) Die fol. rais. ist besonders charakterisirt durch den Contrast von verständigem Reden und verkehrtem Handeln. Lässt die Erregtheit nach und ist der Kranke nicht auf seiner Hut, so kann auch die intellectuelle Störung im Gespräch zu Tage treten. 5) Dieselbe Folgerichtigkeit des Denkens kann sich

auch in den schriftlichen Auslassungen zeigen, aber bei längerer Beobachtung verräth sich auch hier der Handlungswahnsinn, das wahnsinnige Wollen. 6) Die Kenntniss der fol. rais. ist um so nützlicher, als die Kranken meist zu gefährlichen Handlungen neigen: verleumderische, anonyme Denunciationen, Complott, Fälschung von Handschriften, die Lüge in jeder Form, Entehrung, Ruin des Vermögens, Selbstmord, Anklagen von Körperverletzungen, Fälschungen, Diebstahl, Angriffe auf die Sittlichkeit, Mord, Processe wegen widerrechtlicher Einsperrung, Forderungen von Entschädigungen. 7) Die Gesunden, wenn nicht schuldig, stellen im Allgemeinen die schlechten Antriebe oder Motive in Abrede oder bereuen sie, wenn sie sich von ihnen haben hinreissen lassen, die Alienisten, indem sie sich nicht für krank halten, bekümmern sich gar nicht oder nur obenhin um sie und finden sie fast nie tadelnswerth. 8) Wenn der Irre seine irrsinnigen Vorstellungen dissimulirt, wenn er keine verderblichen Handlungen ausübt, wenn man über seinen Zustand zweifelhaft wird, so setze man ihn in Freiheit, aber mit einiger Beschränkung. Fast immer zeigt es sich am Ende einiger Jahre, dass selbst die, welche die Kranken in Schutz genommen, Nichts mehr von ihnen wissen wollen.

Brown, *Fred. James*, Ueber die Beschaffenheit der geistigen Fähigkeiten und über Mangel an denselben. — Brit. med. Journ. Sept. 22. 1866.

Cantel, Intermittirendes Fieber bei nervösen Frauen, geheilt durch *antispasmodica*. — Bull. de Thér. LXXI. S. 263. Sept. 30. 1866. — *Schmidt's* Jahrb. 1867. Nr. 1. S. 81.

Mit der Intermittens Orthopnoë und *globus hystericus;* Chinin ohne Nutzen, wohl aber Belladonna.

Clarke, *J. Lockhart*, Zur pathol. Anat. der Nervencentren bei allg. Paralyse Geisteskranker. — Lancet. II. 9. Septbr. 1866.

Damoiseau, Ueber Localisation des Sprachvermögens. Gaz. de Paris. 38. 1866.

Dareste, *Camille*, Ueber d. Entstehungsweise der anenceph. Monstra. — (Acad. des Sc.) Gaz. de Paris. 38. S. 617. 1866.

Davey, *J. G.*, The prevalence of suicide. Bristol. p. 8. — The social science review. Nr. 24. 1866.

— —, Life insurance and suicide. Bristol. 1865. p. 8. — In Brit. med. Journ. for Sept. 1865.

Delasiauve, Sympt. Epilepsie bei Gehirnerweichung. — Gaz. des hôp. 118. 1866.

Escribans, *F.*, Fibröse Geschwulst in der linken Hemisphäre bei ei—

nem Epileptischen, Tod durch *meningitis*. — (El Siglo med. Nr. 644. Julio 1866. — *Schmidt's* Jahrb. 1867. Nr. 1. S. 33.

Section zeigte Hyperämie des Parietalblattes der *arachn.*, der Arachnoidealraum enthielt 1½ Tassen serös-blutiger Flüssigkeit. Marksubstanz roth getüpfelt. Der linke Stirnlappen oben in Erweichung und beim Einschneiden eine Höhle von der Grösse einer Wälschen Nuss mit weissgelblicher, grumöser Flüssigkeit. Unterhalb ein harter *tumor* von der Grösse einer Kastanie, aus zwei durch eine faserknorpelige Masse verbundenen Lappen bestehend, von denen der eine fest, der andere im Innern mit sulzigem Wasser erfüllt war.

Eustace, Marcus, Fall von Ossification d. *dura mater.* — Dubl. Journ. XLII. 84. S. 478. Nov. 1866.

Filiotto, Tödtung in Trunkenheit. — Eco dei trib. 18 Febr. 1866.

Folet, Essai de physiologie, étude sur la température des parties paralysées. Gaz. hebd. 1867. Nr. 12 und 14.

Meist Temperaturerhöhung der gelähmten Seite, selten gleiche, fast nie Erniedrigung der Temperatur. Bei Heilung stellt sich das Gleichgewicht wieder her, bei Dauer der Lähmung die der Temperatur sehr variabel. Immer aber endlich Herstellung des Gleichgewichtes. Stark markirte paralytische Atrophie zeigt stets variable Verminderung der Temperatur.

Gairdner, W. T., De la fonction du langage articulé, avec une obs. d'aphasie. Trad. par *J. Falret.* — Arch. gén. Aout. 1866. p. 198—208.

Garrett, C. B., Zur Diagnose der Hysterie. — Med. Tim. and Gaz. Oct. 27. 1866. S. 458.

Gonzales, Zac. Benito, Ueber Geisteskrankheiten. — El Sigl. med. 653. 656. und 57. Julio, Agosto. 1866.

Handfield Jones, Case of prurigo alternating with melancholia. — Brit. med. Journ. 1867. Nr. 323.

10 Jahre nach einem 2jähr. Anfalle von Melancholie bei e. 64j. Manne entstanden varicöse Venen am Unterschenkel, dann ein stark juckendes Erythem, wurde zuletzt unerträglich. Plötzlich eines Morgens heftige Aufregung, das Jucken hat aufgehört, allmählig bis jetzt nach 5 J. Melancholie.

Hooper, J. Harward, Ueber Temperaturwirkung bei Gesunden. — Med. Tim. and Gaz. Nov. 3. 1866. S. 483.

Jackson, J. Hughlings, Fall von Aphasie. — Brit. med. Journ. Sept. 22. 1866.

Laberde, J. V., Ueber die Entstehung der Blutcysten in der *arachnoidea.* — Gaz. de Paris. 28. 1865. — *Schmidt's* Jahrb. 1867. Nr. 1. S. 33.

Verf. erklärt sich gegen die alleinige Herleitung der Blutcysten aus einer vorgebildeten Pseudomembran. Nach Experimenten an Thieren zeigte sich eine Blutgeschwulst, die innig mit der Innenfläche der *dura mater* zusammenhing, während sie auf der visceralen *arachnoidea* nur fest auflag.

Ladreit de Lacharrière, Etude méd.-lég. sur un cas de simulation de folie pendant plus de trois mois. — Arch. génér. 6 Sér. VII. Mars p. 257—263.

Legrand du Saulle, Ueb. vorhergehende Schwangerschaft, Päderastie, Syphilis, Hysterie, Epilepsie und Geisteskrankheit als Ehescheidungsgründe. — Gaz. des hôp. 1866. No. 31. 34. 37. 40.

— —, Einspruch des behandelnden Arztes gegen die von einem paralytischen Geisteskranken eingegangene Ehe. — Gaz. des hôp. 1866. No. 18.

— —, Ueber allg. Paralyse vom gerichtl.-medic. Standpunkte. — Gaz. des hôp. 124. 127. 130. 1866.

Lussana, Filippo, Zur Geschichte der Aphasie. — Journ. de Brux. XLIII. p. 214. Sept. 1866.

Madden, Th. M., Ueber Zurechnungsfähigkeit d. Geisteskr. — Dubl. Journ. XLII. Aug. 1866. p. 224.

— —, Ueb. Geisteskrankheit u. criminelle Zurechnungsfähigkeit. — Dubl. Journ. XLII. (84.) p. 523. Nov. 1866.

Magnan, Rückenmarksleiden, von allgemeiner Lähmung gefolgt. — Gaz. des hôp. 7. 1866. — *Schmidt's* Jhrb. 1867. Nr. 1. S. 34.

Erkrankung zu verfolgen von den unteren Partieen des Rückenmarks zum Gehirn, Identität des pathol. Processes in beiden Organen, obschon durch Vermittelung der Häute. Mikroskopisch die graue Substanz des Rückenmarks hyperämisch, die weisse, ausser in der Dorsalgegend, scheinbar normal, dagegen mikroskopisch alterirt durch beträchtliche Bildung von kernreichem Bindegewebe und secund. Schwund der Nervenröhren. Weisse Gehirnsubstanz mit *med.* u. *pons* normal. Im Leben zuletzt Abnahme des Gedächtnisses, leichter Grössenwahn und abnorm zufriedene Stimmung.

Marey, Ueb. die Eigenthümlichkeiten des Herzschlages und die denselben modificirenden Bedingungen. — Gaz. des hôp. 122. 1866.

Martin, Stan., Ueb. Verwerthung der Flüssigkeiten der Kloaken. — Bull. de Thér. LXXI. p. 334. Oct. 15. 1866.

Mantegazza, P., Der Schmerz in Beziehung zur Wurmerzeugung und zu den Herzbewegungen experimentell geprüft. — Gazz. Lomb. No. 26—29. 1866. u. *Schmidt's* Jhrb. 1867. Nr. 2. S. 153.

1) Schmerzerregung im Bereiche der Spinalnerven, desgl. Er-

schrecken der Thiere, bewirken eine rasche Abnahme der Temperatur, sie sinkt bei Kaninchen im Mittel um 1,27 ⁰ C., bei Hühnern um 1,37 ⁰ C. 2) Bei Kaninchen nimmt die Temperatur bereits in der ersten Minute der Schmerzerregung ab, und den tiefsten Stand des Thermometers findet man 10—20 Min. nach dem Nachlasse der Schmerzerregung. 3) Die Abnahme der Temperatur kann 1½ Stunde und länger andauern. 4) Wäre nicht heftige Muskelcontraction vorhanden, so würde die Temperatur wohl noch ¾ ⁰ tiefer fallen. 5) Bei Vögeln kommt der tiefste Thermometerstand bald nach Erregung des Schmerzes und die normale Temperatur kommt rascher. 6) Das Sinken der Temperatur dauert ca. 1 Stunde. 7) Beim Menschen scheint der Schmerz die nämliche Wirkung zu haben. — Betreffs des Einflusses schmerzhafter Gefühlseindrücke auf die Frequenz der Herzbewegungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1) Das Herz bildet gewissermaassen das grosse sympathische Centrum für die schmerzhaften Wahrnehmungen. 2) Diese Wirkung des Schmerzes schwankt in breiten Grenzen, der physische Schmerz kann Menschen und höhere Thiere tödten. 3) Frösche empfinden anders und man muss sehr intensive Schmerzen hervorrufen, damit die Intercurrenz von Muskelbewegungen und von anderen Elementen abgeschnitten wird. 4) Heftige Schmerzen mindern bei Fröschen Frequenz und Stärke der Herzbewegungen, in seltenen Fällen vermehren sie ihn auch. 5) Die mit der Verletzung verbundene Hämorrhagie ist nicht Schuld an der Abnahme der Pulsfrequenz. 6) Extensivem Brennen der Glieder folgt rasch Zunahme der Herzbewegungen, wahrscheinlich wegen Bluterwärmung. 7) Abnahme findet auch statt bei ätherisirten Fröschen. Darin unterscheiden sich Frösche von höheren Thieren. 8) Nach Exstirpation des Gehirns mindert sich doch die Frequenz, wenn Misshandlungen einwirken. 9) Bei Kaninchen, Ratten, Hühnern, haben Schmerzen eine correspondirende Pulsabnahme zur Folge. 10) Leichte und flüchtige Schmerzen können bei Kaninchen die Frequenz steigern, nach heftigen zeigt sich bald Abnahme. 11) Die Frequenz konnte in einem Falle von 228 auf 84 herabgehen. 12) Ein sehr geschwächtes und krankes Kaninchen kann der Schmerzeinwirkung erliegen, indem die Herzbewegungen sistiren. 13) Leichte und flüchtige Schmerzen wirken vorübergehend, heftige können für mehrere Stunden deprimiren. 14) Die Intensität der Herzschläge nimmt bei heftigen Schmerzen ab. 15) Ein altes Kaninchen wird durch den nämlichen Schmerz weniger influirt als ein junges. 16) Angenehme

Empfindungen scheinen umgekehrt zu wirken. 17) Schmerzen der vorderen oder hinteren Gliedmaassen haben keinen Einfluss auf die Herzaction. 18) Nach dem deprim. Einflusse eines heftigen Schmerzes können weder Störungen der Respirat., noch starke Muskelbeweg. die Frequenz vermehren. 19) Die Schmerzeinwirkung wirkt bei hungernden und gesättigten Ratten gleich. 20) Kaninchen, durch Hungern und Blutentz. geschwächt, zeigen die deprim. Wirkungen geringer. 21) Bei Ratten können die Herzschläge von 132 auf 96 herabgehen. 22) Bei Hühnern ist ein Abfall von 108—72. 23) Kleine Vögel können durch einen nur wenige Sekunden anhaltenden Schmerz synkopisch zu Grunde gehen. 24) Nach Durchschneidung der *vagi* kommt die deprim. Wirkung des Schmerzes in der Herzbewegung nicht mehr zum Durchbruche. 25) Ist nur ein *vagus*-Durchschnitt, dann ohne Einwirkung. 26) Bei ätherisirten Thieren influirt Misshandlung der Nerven nicht auf die Herzfrequenz. 27) Aehnlich bei periph. Anästhesie durch Eisbad oder Ligatur der Gefässe. 28) Durchschneidung des Rückenmarks vernichtet ganz den Einfluss der Nervenmisshandlung auf's Herz, als Beweis, dass nicht die Sympathicusfasern, welche die Gefässe begleiten, reflectorisch auf die Herzbewegung einwirken. 29) Bei Unterbrechung der Nervenleitung rangirt nicht das Herz; es wirkt daher bei Misshandlungen der Nerven der schmerzhafte Eindruck auf die Nervencentren und von diesen auf das Herz. 30) Am Pulse des Menschen zeigt sich an den unter Schmerzen erhaltenen Curven Folgendes: a. eine geringere Amplitüde zwischen dem Maximum und Minimum der Curven; b. der Puls zeigt weniger Regelmässigkeit; c. der Anstieg erfolgt stärker abweichend von der verticalen Linie; d. der Dicrotismus ist weniger hervortretend. 31) Die kurzandauernden und starken Schmerzerregungen beim Menschen haben bald eine Vermehrung, bald eine Verminderung der Herzschläge zur Folge.

Peacock, Case of syphilitic disease of the brain with paralysis of the right side of the face and the remains of syphilitic deposits in the vessels of the brain and in the liver. — Med. Tim. and Gaz. 1867. No. 876.

Soldat von 27 J., mercuriell gegen Geschwüre am *penis* behandelt, bekam Knochengeschwüre, Ausfluss aus dem rechten Ohre, Schwäche der linken Seite, Knochenstückchen gingen aus dem Ohre ab, Anfälle von Bewusstlosigkeit. Sprechen und Schlucken nicht verhindert, zuweilen Kopfschmerzen, keine Schwäche in den Extremitäten. Allmählig Besserung, nur Lähmung im Ge-

sicht, Kopfschmerzen und Schwindel blieben. Endlich abscedirendes Erysipel am rechten oberen Augenlide, der Kr. wurde torpide, stand ungern auf und ass ungern. Nach 3 Monaten Aufregung, Delirien, Convulsionen, Coma, Tod. Hirn und Hirnhäute normal, rechts am *pons Var.* und *cerebellum*, längs des *trig.* bis *gangl. Gass.* und des *fac.* bis *for. aud. int.* altes fibrinöses Exsudat. An der rechten Seite der *art. vert.* schmale Anschwellungen von gelbem, fibrinösem Exsudat in der Gefässwand. In der Leber strahlige Narben.

Ponza, Lodovico, Ueb. den Geisteszustand eines der Insubordination angeklagten Soldaten. — Gaz. lomb. 1865. No. 43.

Prevost, L., Die Atrophie der *n. olfactorii* und ihre Beziehung zur Abnahme des Geruches bei Greisen. — Gaz. de Par. 37. 1866. — *Schmidt's* Jhrb. 1867. Nr. 1. S. 33.

Die *olfact.* waren dünn, halb durchscheinend, graulich, zerreisslich. Mikroskopisch verminderte Zahl, auch stellenweise totales Fehlen der Nervenfasern und starke Vermehrung der auch einmal vorhandenen *corp. amylac.*, dies in directem Verhältniss zu der Abnahme des Geruchs und anscheinend meist von der atheromatösen Erkrankung der Arterien abhängig.

Rosmini, Giovanni, Ueber Anwend. der experimentellen Methode bei Geisteskrankh. in ger.-med. Beziehg. — Gaz. lomb. 1865. Nr. 39. 40.

Roussin, Z., Ueber nahrhafte und medicamentöse Fleischbrühen. — Bull. de Thér. LXXI. p. 206. Septbr. 15. 1866.

Sedgwick, William, Ueb. den Einfluss des Alters auf erbliche Krankheiten. — Brit. Rev. XXXVIII. (LXXVI.) p. 501. Oct. 1866.

Thompson, Jam., Epilepsie durch Trepanation geheilt. — Transact. of the Indiana State med. Soc. — Americ. Journal. N. S. CIV. p. 497. Oct. 1866.

Thomson, Epilepsie in ger. Beziehung. — Edinb. med. J. XI. p. 703.

Warter, John Southey, Ueber Anwendung des Thermometers bei Krankheiten. — St. Bartholom. Hosp. Rep. II. p. 64. 1866.

Williams, S. W., A case of melancholia, associtad with, and perhaps dueto Addison's disease. — Brit. med. Journ. 319. 1867. — Centralblatt f. d. med. Wissenschaften. 14. 1867.

Fall von simulirtem Irrsein. — Journ. Le droit. Aout. 5. S. 184.

Ueber die Wahl der Sachverständigen. — „Monitore dei tribunali." Nr. 7. S. 162. 1866.

Verfolgungswahn — Beleidigung der Behörden. — Eco dei tribunali 1866. 11. Febr. S. 512.

Anstaltsberichte.

Statistische Nachricht über die Herzogl. Sachsen-Altenburgische Irren-Heil- und Pflege-Anstalt „Genesungshaus zu Roda" auf das Jahr 1866.

Von Dr. *Maeder*, Director.

I.

Am 1. Januar 1866 waren Bestand: 165 Irre (94 Männer, 71 Frauen).
Aufgenommen wurden im Jahre 1866: 47 - (28 - 19 -
Summa . . . . 212 Irre (122 Männer, 90 Frauen).

Unter 212 Verpflegten waren Ehemänner 30, Ehefrauen 25, Wittwer 9, Wittwen 10, geschiedene Männer 2, geschiedene Frauen 2, ledige Männer 81, ledige Frauen 53.

Von 165 am 1. Januar 1866 als Bestand Verbliebenen standen im Alter von 18—20 Jahren 2, von 21—30 Jahren 33, von 31—40 Jahren 37, von 41—50 Jahren 43, von 51—60 Jahren 36, von 61 bis 70 Jahren 12, von 71—80 Jahren 1, von 81 Jahren 1.

Von 47 im Jahre 1866 Aufgenommenen (gegen 52 im Jahre 1865) standen im Alter von 16—20 Jahren 7, von 21—30 Jahren 11, von 31—40 Jahren 10, von 41—50 Jahren 11, von 51—60 Jahren 3, von 61—70 Jahren 4, von 81 Jahren 1.

Von 212 Verpflegten waren 132 Inländer (70 M., 62 Fr.), gegen 122 im Jahre 1865, und 80 Ausländer (52 M., 28 Fr.), gegen 81 im Jahre 1865; von Letzteren gehörten an: 59 dem Fürstenthum Reuss j. L., 12 dem Fürstenthum Reuss ält. L., 3 dem Königreich Preussen, 2 dem Grossherzogthum Weimar, 2 dem Herzogthum Gotha, 1 dem Herzogthum Meiningen, 1 der Freien und Hansestadt Lübeck.

Unter 47 im Jahre 1866 Aufgenommenen waren 31 Inländer.

Nach den Monaten kamen 47 Irre zur Aufnahme: im Januar 1, im Februar 6, im März 3, im April 7, im Mai 10, im Juni 4, im Juli 5, im August 3, im September 2, im October 1, im November 4, im December 1.

Unter den Aufgenommenen befanden sich 6 im ersten Rückfalle, 1 im zweiten Rückfalle.

Von 212 Irren gehörten an: der höheren Bildungsstufe 31, der mittleren Bildungsstufe 64, der niederen Bildungsstufe 117.

II.

Im Jahre 1866 wurden verpflegt: 212 Irre in 63,676 Tagen, daher 1 Irrer durchschnittlich 300,35 Tage.

Bei einer Gesammtbevölkerung des Herzogthums im Jahre 1866 von circa 141,800 Seelen wurden im Jahre 1866 verpflegt: 132 Inländer, daher 1 Irrer auf 1,074 Seelen.

III.

Von 212 Irren (122 M., 90 Fr.) litten an Melancholie 19 (7 M., 12 Fr.), Manie 30 (11 M., 19 Fr.), Wahnsinn 52 (37 M., 15 Fr.), Verrücktheit 43 (27 M., 16 Fr.), Blödsinn im Allgemeinen, Idiotie, Cretinismus, paralytischem und epileptischem Blödsinn 58 (31 M., 27 Fr.); Epilepsie mit Geistesstörung 10 (9 M., 1 Fr.); hiervon gingen im Laufe des Jahres ab 36 (22 M., 14 Fr.), und zwar als geheilt 15 (8 M., 7 Fr.) [7,07 pCt.]; gebessert 3 (2 M., 1 Fr.); ungeheilt 1 (1 M.); es verstarben 17 (11 M., 6 Fr.) [8 pCt.], so dass demnach am Jahresschlusse 1866 als Bestand verblieben 176, nämlich 100 Männer, 76 Frauen.

IV.

Als Entstehungsursache der Seelenstörung liessen sich bei 47 im Jahre 1866 Aufgenommenen in 23 Fällen physische Alterationen, in 3 Fällen psychische Alterationen, in 8 Fällen gemischte physische und psychische Alterationen annäherungsweise nachweisen; in 7 Fällen lag Rückfall vor, in 6 Fällen blieb die Entstehungsursache unermittelt.

Von 17 Verstorbenen befanden sich 1 im Alter von 18 Jahren, 6 von 21—30 Jahren, 6 von 31—40 Jahren, 2 von 41—50 Jahren. 1 von 61—70 Jahren, 1 von 81 Jahren.

Nach den Monaten verstarben: im Januar 2, Februar 1, März 2, April 1, Mai 1, Juni 1, Juli 4, August 2, October 1, December 2.

Bei den 17 Verstorbenen erfolgte der Tod in 6 Fällen durch Krankheiten des Hirns und dessen Pertinenzien; in 9 Fällen durch Krankheiten der Brustorgane; in 2 Fällen durch Krankheiten der Constitution.

Vorlage

für die Versammlung der deutschen Irrenärzte zu Heppenheim am 16. September 1867.

I.

Ueber Aufnahme-Bestimmungen in Irrenanstalten und Anstalts-Statuten überhaupt.

In der Sitzung des Deutschen Vereins der Irrenärzte zu Hildesheim vom 17. September 1865 wurde der Beschluss gefasst (Ztschft. XXII. S. 347),

„dass ein Comité zum Entwurf gesetzlicher Bestimmungen über die Aufnahme in Irrenanstalten zur Vorlage für die nächste Versammlung ernannt werde."

Der Unterzeichnete, welcher mit Herrn Prof. Dr. *Jessen* in dieses Comité gewählt wurde, unterbreitet im Folgenden seine Ansichten der Prüfung durch den Verein.

Vorbemerkungen.

Voran möchte der Satz zu stellen sein, dass die Abfassung einer Verordnung für die Aufnahme von Kranken in Irrenanstalten als eine Nothwendigkeit bezeichnet werden muss.

Bei der verschiedenartigen Bestimmung dieser Anstalten kann indessen kein detaillirt ausgearbeiteter Entwurf vorgelegt werden. Das Folgende enthält nur Grundsätze und Erwägungen.

Die Zusammenstellung dieser und anderer hierher gehöriger Bestimmungen wird gewöhnlich mit dem Namen „Statut", wohl auch „Reglement" bezeichnet.

In einem solchen Statut kommen übrigens noch andere Punkte zur Sprache, als die sich auf die Aufnahme und Entlassung der Pfleglinge beziehen. In naher Beziehung damit stehen Rücksichten der Irrenfürsorge überhaupt, welche bekanntlich nicht auf die Anstalten beschränkt ist, ferner die Natur ihrer oberen Leitung und

Ueberwachung. Es war nicht zu umgehen, auch diese Punkte zu berühren.

Polizeilicher oder ärztlicher Standpunkt.

Bei Abfassung eines Statutes kommt es zunächst darauf an, ob man den polizeilichen oder den ärztlichen Standpunkt einnimmt, ob man diese Anstalten als Verwahrungs- oder als Kranken-Anstalten ansieht.

Früher gab es keine Irrenheil- sondern nur Irrenbewahr-Anstalten, und als Grund für die Aufnahme kannte man kaum einen anderen, als den der Gefährlichkeit. Die Aufgabe für die Aufnahme-Bedingungen konnte also nur die sein, unrechtmässige Aufnahmen zu verhüten. Es ist dies der polizeiliche Standpunkt, von welchem aus die Königliche Regierung zu Aachen ihre Verfügung vom 30. September erlassen hat.

Ein ganz anderes Statut wird von den Aerzten für die Heilanstalt verlangt. Bei diesem wird, weil, je früher die Aufnahme, um so eher die Heilung, leitender Grundsatz sein, die Aufnahmen zu erleichtern und zu beschleunigen.

Es wurde geltend gemacht, dass durch alle Bedingungen, welche die Aufnahme erschweren, namentlich durch zeitraubende und umständliche Förmlichkeiten, die Benutzung der Irrenanstalten verhindert werde und eine kostbare Zeit verloren gehe, dass die Seelengestörten Kranke und die Irrenhäuser Hospitäler seien, und man also die Aufnahme in jene nicht schwieriger machen solle, als in diese.

Von diesem Standpunkte aus sind mehrere Statuten der neueren Zeit abgefasst worden.

Dagegen nun lässt sich anführen, dass Seelengestörte allerdings Kranke sind, doch aber Kranke einer besonderen Art, und dass ein wesentlicher Unterschied zwischen Irrenanstalten und gewöhnlichen Spitälern besteht.

In Irrenanstalten werden Kranke gegen ihren Willen aufgenommen und zurückbehalten, wird ein Zwang geübt, wie er in einem gewöhnlichen Hospital nicht vorkommt.

Verdacht wegen unrechtmässiger Aufnahmen.

Der schlagendste Beweis für diesen Unterschied wird dadurch geliefert, dass sich das Misstrauen und der Verdacht, als ob Kranke widerrechtlich zurückgehalten würden, noch nie gegen ein gewöhnliches Spital, wohl aber schon sehr oft gegen Irrenanstalten gekehrt hat.

Wir wissen zwar recht gut, wie leer und nichtig all der Lärm ist, der den öffentlichen wie Privat-Irrenanstalten verbrecherische Absichten andichtete, wie er stets nur aus grober Unkenntniss oder Scandalsucht hervorging, wir sind weiter mit allen Sachverständigen der Meinung, dass dergleichen in Deutschland gar nicht vorkommen kann, dass aber, wer den Scandal liebt, immer auch Gelegenheit

finden wird, ihn in Scene zu setzen. Gleichwohl halten wir es für gerathen, dass Alles geschieht, was ihm vorbeugen kann und wenn Vorsorge getroffen wird, dass dem Director der Anstalt die Verantwortung für die Aufnahmen nicht allein zufällt, sondern auch andere Staatsbehörden dabei mitwirken.

Es wird darum die Irrenanstalt ihres Charakters als Heilanstalt nicht verlustig gehen.*)

Beschränkung der Aufnahmen.

Statuten sind aber noch aus einem anderen Grunde unentbehrlich. Es muss durch sie ausgedrückt sein, für welche Klassen von Seelengestörten die Anstalt bestimmt ist, damit in jedem einzelnen Falle entschieden werden kann, ob ein Kranker sich zur Aufnahme in die Anstalt eignet oder nicht, und damit jedem Missbrauch gesteuert wird, eine Aufgabe, welche in unseren Tagen, wo man überall über Raummangel zu klagen hat, schwer ins Gewicht fällt.

Auch in Frankreich, wo man in Journalen der verschiedensten Richtung der Behauptung begegnet, dass in den dortigen Anstalten eine Menge Kranke verwahrt werden, die nicht hineingehören, scheint man damit umzugehen, diese Angelegenheit durch eine bestimmte Verordnung zu regeln.

Für Staats- oder öffentliche Anstalten werden natürlich andere Statuten nöthig sein, als für Privatanstalten. Wir haben bei dem vorliegenden Entwurf die ersten im Auge. Weiter wird in Betracht kommen, ob und von wem die Irrenanstalt dotirt, ob sie verpflichtet ist, die Irren aus einem gewissen Lande oder Landestheile aufzunehmen.

Das Statut eine Verordnung, kein Gesetz.

Endlich ist zu entscheiden, ob das Statut auf dem Wege der Gesetzgebung oder als Verordnung erlassen werden soll. Von Manchen, welche unter dem Einflusse des gegen die Irrenanstalten erhobenen Verdachts eines strafbaren Missbrauchs stehen, wurde als Schutz gegen unrechtmässige Aufnahmen ein Gesetz verlangt, so dass also jede Aufnahme nur durch einen richterlichen Spruch erfolgen kann.

Wir glauben uns entschieden hiergegen erklären zu müssen und

*) Als jene Kranke in die Heidelberger Anstalt aufgenommen wurde, welche den Stoff abgab fü die vielgenannte „Mutter im Irrenhaus“, wurden zwar die für die Aufnahme von auswärtigen Kranken damals vorgeschriebenen Bedingungen erfüllt, aber es bestand noch kein eigentliches Statut. Gewiss würde jetzt, da das badische Ministerium des Innern jede Aufnahme von Ausländern zu genehmigen hat, der Scandal nicht soweit getrieben werden können.

sind der Meinung, dass es genügt, wenn das Statut von der höchsten Verwaltungsbehörde im Wege der Verordnung erlassen wird.

Statut für Illenau.

Das Illenauer Statut hat durch den Grossherzog vermittelst höchster Entschliessung aus dem Staats-Ministerium seine Genehmigung erhalten und ist in dem Regierungsblatt verkündigt worden.

Es ist dasselbe ursprünglich dem Winnenthaler nachgebildet und erstmals 1843, dann aber verändert und verbessert 1865 erschienen. Wir glaubten dasselbe, da es nach 23jähriger Benutzung sich bewährt hat, der folgenden Ausarbeitung zu Grunde legen zu dürfen.

Dasselbe enthält, bevor es die Bedingungen und das Verfahren für die Aufnahmen angiebt, einige Sätze über die Beaufsichtigung und Verwaltung der Anstalt.

Stellung des ersten Arztes.

Im §. 5. ist die Stellung des Directors oder ersten Arztes zu den anderen Angestellten der Anstalt, welche für deren Gedeihen so wichtig ist, näher bezeichnet.

Aufnahmsverfahren.

Was nun, wenn die Befähigung zur Aufnahme nachgewiesen ist, das für die Aufnahmen vorzuschreibende Verfahren betrifft, so ist dazu erforderlich:

Zustimmung der Angehörigen.

Die Zustimmung der Angehörigen. An dieser wird es nicht fehlen dürfen, weil diese Kranken nicht mehr *sui juris* sind und weil sie oft gegen ihren Willen zur Aufnahme genöthigt werden müssen.

Gut ist es, wenn Jemand bezeichnet wird, der die Vertretung des Kranken in seinem Verhältniss zur Anstalt übernimmt.

Polizeiliche Aufnahmen.

In Fällen, in welchen die Aufnahme eines Irren in die Anstalt wegen Gefährlichkeit gegen Andere, oder gegen seine eigene Person nöthig ist, die Angehörigen aber die Zustimmung verweigern, muss die Staats-Polizei-Behörde einschreiten. Das Verfahren hierfür ist nach der Polizeigesetzgebung des Landes festzustellen.

Im §. 14. des Illenauer Statuts findet sich das, welches für Baden vorgeschrieben ist.

Aerztliches Zeugniss.

Ein zweiter Beleg für das Aufnahmegesuch ist eine Krankheitsgeschichte, aus welcher hervorgeht, dass eine Seelenstörung vorhanden ist und ein ärztliches Gutachten, durch welches die Nothwendigkeit, oder doch die Räthlichkeit der Verbringung in die Anstalt bezeugt wird.

Nach dem Illenauer Statut kann die Krankheitsgeschichte von jedem licenzirten Arzt geliefert, das Gutachten über die Aufnahme-Qualification soll von dem Bezirksarzt, oder einem anderen in öffentlichem Dienst stehenden Arzte ausgestellt oder bezeugt werden.

Man hat gegen die Mitwirkung der Bezirksärzte und für alleinige Betheiligung der behandelnden, einfach praktischen Aerzte gel-

tend gemacht, dass Familien in einer Sache des Vertrauens sich an einen fremden Arzt wenden müssten.

In grösseren Städten und bei Kranken höherer Stände wird dieser Rücksicht auch Rechnung getragen werden müssen. Aus einer langen Erfahrung kann indessen bezeugt werden, dass jene Bestimmung sich ohne grosse Schwierigkeit durchführen lässt. Jedenfalls wird den Bezirksärzten, da wo sie die Sanitätspolizei zu überwachen haben, von jeder Aufnahme Mittheilung zugehen müssen.

Zeugniss des Gemeinderaths und Ortsgeistlichen.

In dem Illenauer Statut ist weiter ein vom Gemeinderath und Ortsgeistlichen auszustellendes Zeugniss vorgeschrieben über die persönlichen Verhältnisse des Kranken und seiner Familie, von welchem aber bei Kranken höherer Stände und Bewohnern grösserer Städte Umgang genommen wird.

Wo auszumitteln ist, welcher Beitrag von dem Aufzunehmenden oder von der betreffenden Gemeinde zu leisten ist, wird die Mitwirkung der Gemeindebehörde unerlässlich sein.

Mitwirkung des Bezirksamts.

Einzusenden ist das Aufnahmegesuch durch die Staats-Polizei-Behörde des Bezirks (Bezirksamt).

Die Mitwirkung dieser Stelle wird verlangt, damit sie sich über die Räthlichkeit oder Nothwendigkeit der Aufnahme ausspreche, somit einen Theil der dem Director der Anstalt zukommenden Verantwortung übernimmt, sodann deshalb, damit sie die Beibringung der vorgeschriebenen Belege betreibe, was für den Director mit vieler Mühe verbunden sein würde.

Keine vorherige Entmündigung.

Man hat zur Verhütung eines denkbaren Missbrauchs vorgeschlagen und in einigen Ländern auch wirklich eingeführt, dass jeder Aufnahme die Entmündigung vorausgehen müsse, eine Maassregel, gegen welche wegen der damit verbundenen anstössigen Form und Oeffentlichkeit Alle, welchen der Zweck einer Heilanstalt klar ist, Widerspruch einlegen müssen. Wir glauben in der Verwerfung der Entmündigung als Bedingung der Aufnahme kurz sein zu dürfen, da sie für viele Familien ein Mittel der Abschreckung sein würde, zumal das Verfahren bei der Entmündigung aus einer Zeit stammt, in welcher nur die auffallenden Formen von Seelenstörung zur Verhandlung kamen und übergehen, als nicht hierher gehörig, die zur Verbesserung desselben von *Sander* (in seinem werthvollen Aufsatz: „Ueber die staatliche Beaufsichtigung der Preussischen Irrenanstalten“, Vierteljahrsschrift f. ger. Med. N. F. III. 2.) gemachten Vorschläge.

Genehmigung durch die Staatsbehörde.

Wenn aber die Entscheidung über die Nothwendigkeit oder Räthlichkeit der Aufnahme eines Kranken in eine solche Anstalt nicht dem Director allein verbleiben, wenn er hierüber nicht den letzten

und einzigen Ausspruch geben soll, was er namentlich in den Fällen, in welchen Kranke gegen ihren Willen aufgenommen werden, gewiss selbst wünschen wird, so stellt sich als Auskunftsmittel die Genehmigung der Aufnahme durch die der Anstalt vorgesetzte Staatsbehörde dar.

Im Grossherzogthum Baden muss jede Aufnahme in eine der beiden Staats-Anstalten durch den Grossherzoglichen Verwaltungs-Hof genehmigt werden.

Näheres über Natur, Stellung und Wirksamkeit einer solchen Behörde werden wir unten zusammenstellen.

Man wird wahrscheinlich ein solches Verfahren umständlich und weitläufig finden und ihm den Vorwurf machen, dass es gegen 2 wichtige Rücksichten, gegen die Beschleunigung der Aufnahmen, sowie gegen ihre Geheimhaltung verstösst.

Beschleunigung. Provisorische Aufnahmen.

Jene ist aber in Baden dadurch gesichert, dass in allen dringenden Fällen, wenn die Angehörigen ihre Zustimmung gegeben haben und wenn die Dringlichkeit vom Bezirks-Arzt oder -Amt oder sonst glaubhaft bezeugt ist, von der Direction der Anstalt die provisorische Aufnahme (nöthigenfalls durch den Telegraphen) vor Beibringung der vorgeschriebenen Belege und vor erfolgter Genehmigung durch die Behörde bewilligt werden darf. Die hieraus erwachsende Verantwortung kann bei einiger Vorsicht und wenn die genannten Bedingungen erfüllt werden, von der Anstalts-Direction wohl übernommen werden.

Der Forderung der Beschleunigung geschieht auf diese Weise im Grossherzogthum Baden vollständig Genüge. Die provisorischen Aufnahmen bilden die Regel und erfolgen in Illenau so rasch als in irgend einer Anstalt. In keinem deutschen Land werden die Aufnahmen ebenso oder doch gewiss nicht mehr erleichtert sein als in Baden. Man ist darin wohl nur zu weit gegangen. Dadurch, dass die vorgeschriebenen Belege nachträglich beigebracht werden müssen und dass die provisorische Aufnahme durch die Behörde genehmigt werden muss, wird dem Missbrauch vorgebeugt sein, ohne dass der Beschleunigung der Aufnahme Eintrag geschieht. Dieser wird überhaupt durch das Statut jeder irgendmögliche Vorschub geleistet.

Ein besonderer Satz (§. 11.) im Illenauer Statut fordert, dass durch die Erörterung über den Kostenbeitrag das Gesuch selbst nicht aufgehalten werden dürfe.

In mehreren anderen Sätzen wird ausdrücklich auf Beschleunigung hingewiesen.

Hierher gehört die Bewilligung einer halbjährigen kostenfreien Verpflegung an arme oder wenig bemittelte Kranke und Gemeinden,

wenn in der Betreibung der Aufnahme nichts versäumt worden ist (§. 30.).*) Zu früherer Benutzung der Irrenanstalt wird es führen, wenn man sie, wie durch *Sander* empfohlen wird, durch populäre Besprechungen und Berichte in öffentlichen Blättern bekannt zu machen sucht, wie dies da und dort mit Erfolg versucht worden ist.

Geheimhaltung.

Das andere Bedenken, dass das vorgeschlagene Verfahren die Geheimhaltung der Aufnahmsgesuche beeinträchtige, möchte ebenfalls nicht gegründet sein.

Nach dem Illenauer Statut ist gestattet, dass die Krankheitsgeschichte unmittelbar an die Anstalts-Direction eingeschickt werden kann. Durch eine besondere Verfügung ist verordnet, dass sie den an die Behörde einzusendenden Acten versiegelt beigelegt werden muss. Ueberdies kann in einzelnen Fällen, in denen ein besonderer Werth auf die Geheimhaltung gelegt wird, das Aufnahmsgesuch persönlich an den Vorstand der Bezirksstelle sowohl als der obern Behörde adressirt werden.

Wir sind der Meinung, dass solchen Wünschen gebührende Rechnung getragen werden muss.

Im §. 25. des Illenauer Statuts wird auch die Geheimhaltung der Krankheitszustände den Angestellten zur Pflicht gemacht.

Wie oft man aber auch den Wunsch hört, dass die Aufnahme in die Anstalt zu Vermeidung lästigen Aufsehens ohne alle Förmlichkeit möge statthaben dürfen, so ist dieselbe doch nie oder nur in den allerseltensten Fällen zu einem wirklichen Abhaltungsgrund geworden, die Anstalt zu benützen.

Man hat sich, um der so dringend gebotenen Hülfe nicht verlustig zu werden, in der Regel dazu verstanden, die vorgeschriebenen Förmlichkeiten zu erfüllen, und von der dargebotenen Erleichterung dankbar Gebrauch gemacht.

Bekämpfung der Vorurtheile.

Mehr Werth aber, als für die Geheimhaltung zu sorgen, wird es haben, wenn man es dahin bringt, dass dieselbe weniger verlangt wird. In dieser Beziehung ist in den letzten Jahrzehnten ein grosser

---

*) *Sander*, welcher in dem obenerwähnten Aufsatz (Seite 259) eine solche Maassregel empfiehlt, scheint die badische Verordnung nicht gekannt zu haben. Er führt als Beispiel Winnenthal an, für welches durch eine 9 Jahr nach dem Statut erschienene Ministerial-Verfügung vom 5. August 1842 bestimmt wurde, dass bei rechtzeitig nachgesuchten Aufnahmen, d. h., wo die Krankheit noch kein halbes Jahr gedauert hat, das Verpflegungsgeld auf 100 Fl. herabgesetzt werden kann.

Fortschritt geschehen. Mit der Verbesserung der Irrenanstalten hat auch der Widerwillen vor ihnen abgenommen. Man sieht sie nicht mehr als Orte des Schreckens an, von denen man sich mit Abscheu abwandte, sondern als Kurorte, die man mit Vertrauen aufsucht.

Wie wir in Illenau, so haben gewiss Andere in anderen Anstalten die Erfahrung gemacht, dass die Abneigung vor ihnen bedeutend abgenommen hat.

Und darauf möchte es auch mehr ankommen, als auf Maassregeln, welche die Geheimhaltung garantiren. Mögen nur Alle, welche an diesen Anstalten arbeiten, darauf bedacht sein, dass die rechten Kräfte zur Bekämpfung dieser Uebel in Bewegung gesetzt werden, dass das vielgerühmte familiale System in diesen Anstalten heimisch wird, dass die Kranken eine ihren geistigen und leiblichen Bedürfnissen entsprechende humane Behandlung erfahren und dass recht viele Heilungen erfolgen, — so wird die Geheimhaltung immer weniger verlangt werden.

Entlassungen.

Wie für die Aufnahmen, so müssen auch für die Entlassungen bestimmte Vorschriften gegeben sein.

Zunächst wird man Garantieen dafür verlangen, dass kein Irrer länger als nöthig ist, in der Anstalt zurückgehalten werde. Diese werden in dem Illenauer Statut dadurch gegeben, dass man hiefür den Director verantwortlich macht (§. 38.) und dass man den Commissionen, durch welche die Anstalten visitirt werden, diesen Gegenstand als Aufgabe bezeichnet (§. 46.).

Sodann ist wichtig, dass die Entlassung nicht sogleich eine endgültige, sondern vorerst nur urlaubs- oder probeweise ist, während deren Dauer die Anstalts-Direction noch in einer gewissen Verbindung mit den Entlassenen bleibt und von Zeit zu Zeit Erkundigungen über sie einzieht (§§. 39—41.).

Die endgültige, definitive Entlassung wird von der Anstalts-Direction ausgesprochen und der oberen Staatsbehörde, von welcher die Aufnahme genehmigt worden war, angezeigt (§. 45.).

Wie von der Aufnahme, so werden die Bezirks-Aemter und -Aerzte auch von der Entlassung eines Pfleglings jedesmal benachrichtigt werden müssen. (§. 38. und §. 43. des Statuts.)

Zurücknahme der Pfleglinge aus der Anstalt.

Den Angehörigen muss es freigestellt sein, den Kranken, welchen sie der Anstalt übergeben haben, jeder Zeit zurückzunehmen. Nur in zwei Richtungen werden Anstände dagegen erhoben.

Man hat nämlich vielfach den Wunsch ausgesprochen, dass die Kur eines Irren, welche, wenn beharrlich fortgesetzt, die Heilung, deren unzeitige Störung aber Unheilbarkeit zur Folge haben kann, durch die Ungeduld und den Unverstand der Angehörigen nicht

möge unterbrochen werden dürfen, und hat darum gewünscht, dass hiergegen in das Statut schützende Bestimmungen möchten aufgenommen werden, gewissermaassen als Vertrags-Clauseln. *Sander*, in dem mehrerwähnten Aufsatz (Seite 261), meint, dass präsumtiv heilbare Kranke von den Angehörigen vor erfolgter Genesung nur dann aus der Anstalt genommen werden dürften, wenn letztere nachweisen, dass sie auf andere geeignete Weise für die Heilung Sorge tragen werden.

In dem Statut für Winnenthal (§. 26.) ist zur Sicherung des Heilverfahrens der einliefernden Person oder Stelle aufgegeben, den Kranken ohne Genehmigung der Aufsichtsbehörde vor Verfluss eines halben Jahres vom Eintrittspunkt an, und unter Umständen auch nachher noch, nicht aus der Anstalt zurückzunehmen, sowie wenn ein Verpflegter im Genesungszustand entlassen wird, dessen Behandlung nach den Vorschriften des Anstaltsarztes einzurichten.

So wichtig die Rücksichten sind, aus welchen diese Vorschläge hervorgehen, so wenig Erfolg wird sich davon versprechen lassen, weil zu einem günstigen Erfolg einer Kur Vertrauen gehört, dieses aber nicht erzwungen werden kann, und weil man in allen derartigen Bestimmungen einen Eingriff in das Recht der Familien sehen wird, die man ja auch sonst, wo es dringend geboten gewesen wäre, nicht nöthigt, für eines ihrer Glieder ärztliche Hülfe zu gebrauchen.

Es werden hier nichts als Vorstellungen und Belehrungen übrig bleiben.

Dagegen werden die in anderer Richtung erhobenen Anstände im Statut nicht unbeachtet bleiben dürfen. Wenn die Angehörigen nämlich die Zurücknahme eines Kranken aus der Anstalt fordern, welcher sich oder Anderen gefährlich ist und wenn die Verhältnisse, in welche er kommt, nicht die nöthige Garantie dagegen bieten, so wird die betreffende Staats-Polizeibehörde zuvor in Kenntniss gesetzt werden müssen und die Anstalts-Direction wird den Kranken erst dann entlassen dürfen, wenn jene Behörde damit einverstanden ist. Wenn aber Grund zur zwangsweisen Zurückhaltung vorhanden sein sollte, so wird dasselbe Verfahren wie zur zwangsweisen Aufnahme einzuleiten sein.

Mitwirkung der Stellen ausserhalb der Anstalt.

Wir kommen hier auf die Ursachen zurück, wegen welcher die Betheiligung und Mitwirkung anderer Stellen statthaben soll.

Schon vor langer Zeit hat *Damerow* ausgesprochen, dass die Irrenfürsorge nicht auf die Anstalten beschränkt ist. Einmal können nicht alle Irren aufgenommen werden, welche doch auch einer nach den Erfahrungen der Männer vom Fache auszuführenden Pflege und Ueberwachung bedürfen und dann sollte den Irren, welche aufge-

nommen werden, schon vor der Aufnahme und während der Verbringung, sowie denen, welche entlassen sind, namentlich da, wo keine vollständige Genesung erreicht ist, die entsprechende Fürsorge zu Theil werden.

Der Arm der Anstaltsärzte, welche hier den besten Rath zu ertheilen vermögen, reicht nicht aus. Ohne die Mitwirkung der Bezirks- und Ortsbehörden sind jene wichtigen Aufgaben nicht zu erfüllen.

Localversorgung.

Hierher gehört das ganze wichtige Kapitel der Localversorgung. Wie auch die Frage über die Irrenfürsorge, welche die Gemüther jetzt so sehr beschäftigt, entschieden werden wird, die Localversorgung wird dabei immer eine wichtige Rolle spielen, gewiss aber nur mit Hülfe der genannten Stellen auszuführen, nur durch sie die Kraft, die nöthig ist, in Bewegung zu setzen, und der Widerstand, der sich so vielfach entgegengestellt, zu überwinden sein.

Gar nicht zu missen bei der Aufnahme von Irren ist die Mitwirkung der Orts- und Bezirksstellen da, wo, wie in Baden, die Beiträge zu den Unterhaltungskosten nach dem Vermögen der Kranken oder der Gemeinden bemessen werden sollen.

Bedeutung und Stellung der oberen Staatsbehörde.

Nach dem obigen Vorschlag sollen die Aufnahmen in eine Staatsanstalt durch die derselben vorgesetzte Staatsbehörde genehmigt werden. Viele werden, weil die meisten Aufnahmen provisorisch geschehen und von der Anstalts-Direction bewilligt werden, dies für eine unnöthige Förmlichkeit erklären, werden überhaupt die Mitwirkung einer ausserhalb der Anstalt befindlichen Behörde für überflüssig halten.

Wir sind anderer Meinung. Einmal, weil es immer eine Garantie giebt, wenn die bereits geschehenen Aufnahmen geprüft werden, wenn eine Controle dafür besteht, dass die vorgeschriebenen Belege in jedem einzelnen Fall beigebracht sind.

Sodann wird die Entscheidung durch eine Behörde in den Fällen erwünscht sein, in welchen die Aufnahme eines Kranken verlangt wird, der nach den Ansichten der Anstalts-Direction sich nicht dazu eignet, von den Fällen gar nicht zu reden, in welchen die Aufnahme gegen den Willen des Kranken und zwangsmässig geschehen muss, was ja so oft Veranlassung gegeben hat zu den schweren Verdächtigungen gegen die Anstalten und ihre Aerzte.

Ein grosser und wichtiger Wirkungskreis für eine solche Behörde besteht ferner in der Aufgabe, die Localversorgung zu überwachen.

Die dazu erforderliche Mitwirkung der Localstellen wird nur

dann zu erhalten sein, wenn sie wissen, dass die desfallsigen Bemühungen der Anstalts-Direction von einer höheren Behörde unterstützt werden.

Es ist dies kein sogenannter frommer Wunsch. Aus dem Grossherzogthum Baden darf angeführt werden, dass die Erfolge der so schwierigen Localversorgung nur um deswillen so erfreulich ausgefallen sind, weil das Ministerium sich der Sache angenommen hat.

Es liegt auf der Hand, dass die Wirksamkeit einer solchen Behörde von einem um so grösseren Erfolg begleitet sein wird, je höher sie selbst in der Staats-Hierarchie gestellt ist.

Wir glauben, hier ein Wort über die Natur und Stellung dieser Behörde einschalten zu dürfen.

Die wichtigsten Leistungen derselben werden nur dann zu erwarten sein, wenn sie die rechte Stellung einnimmt.

Selbst da, wo die Mittel zur Unterhaltung einer solchen Anstalt von einer Commune, einem Kreis oder einer Provinz beschafft werden wird, wie auch schon *Sander* in seinem mehrerwähnten Aufsatz über die staatliche Beaufsichtigung der Preussischen Irrenanstalten ausspricht, die oberste Aufsicht vom Staate geübt werden müssen. Wir möchten diesen Punkt, als einen für das Gedeihen dieser Anstalten sehr wesentlichen noch bestimmter hervorheben.

Was auch für das *Self-government* gesagt werden mag — die Ueberwachung des Irrenwesens muss immer Sache des Staates bleiben und zwar darf sie keiner sog. Mittelstelle, sondern sie muss einem Ministerium, d. h. einer der höchsten Staatsgewalt nahstehenden Behörde übertragen sein.

Sowenig man Kunst- oder höhere Lehranstalten den Kreis- oder Provinzial-Behörden unterordnet, ebensowenig sollte dies bei Irrenanstalten der Fall sein.

Die Interessen, auf welche es hier ankommt, sind noch keine fertigen, allgemein anerkannten, und können darum nur von einer höher und freier gestellten Behörde gehörig vertreten sein.

Sie kommen zu Schaden, wo sie in den eng gezogenen Schranken einer unteren Stellung ihre Lösung finden sollen.

Wir erinnern hier an die unerquicklichen Vorgänge in der Preussischen Rheinprovinz, wo im Anfange der 40er Jahre aus den Provinzial-Ständen eine Commission hervorgegangen war, welche die von *Jacobi* geleitete Anstalt seiner Leitung entziehen und ihn von seinem Posten entfernen wollte.

Nie würden Landstände oder eine höher gestellte Staatsbehörde sich solche Angriffe erlaubt haben.

Zu den besonderen Vortheilen, welche wir von einer höheren

Behörde erwarten dürfen, gehört, wie oben schon erwähnt wurde, der Schutz gegen den Verdacht unrechtmässiger Aufnahmen, der natürlich um so wirksamer sein wird, je höher die Behörde gestellt ist.

Die scandalsüchtigen Leute werden sich hüten, Anstalten wegen einer Aufnahme zu verdächtigen, zu welcher höhere Staatsbehörden mitgewirkt haben.

Wenn die Anstalt einmal errichtet und wenn durch Statut, Hausordnung und den Ausgabe-Etat die Normen für ihre Leitung gegeben sind, dann ist es Aufgabe der oberen Behörde, darüber zu wachen, dass diese Normen zum pünktlichen Vollzug kommen, sie muss wesentlich eine Aufsicht führende, nöthigenfalls eine berichtigende, mahnende oder strafende sein, Alles aber, was sich auf die Ausübung bezieht, muss der unmittelbaren Anstalts-Behörde überlassen bleiben. Eine weitere Ausführung dieses für die Verwaltung solcher Anstalten wichtigen Grundsatzes findet sich in einer bei *Häberl* über öffentliche Armen- und Krankenpflege S. 204 angeführten Stelle eines französischen Schriftstellers *Coquéau*.

Ebenfalls nur kurz sei hier erwähnt, dass die leitende obere Behörde keine ärztlich technische, sondern eine administrative sein dürfe. Die Punkte, über deren Vollzug der Staat zu wachen hat, gehen nicht sowohl die Heilkunde, als vielmehr die Verwaltung an. Dem Staate wird zunächst daran liegen, dass die festgesetzten Regulative richtig vollzogen, dass der genehmigte Einnahme- und Ausgabe-Etat nicht überschritten werde, dazu aber bedarf es keiner medicinischen Behörde. Dagegen wird ein Mitglied derselben an den Visitationen der Anstalt Antheil zu nehmen haben, damit der Staat durch ihn über das Wirken der Aerzte Kunde erhält. Eine Einrichtung, wodurch die Aerzte der Anstalt in der Ausübung ihres ärztlichen Berufes unter die Aufsicht anderer Aerzte gestellt wären, würde nur zu Hemmungen und Collisionen führen, kommt auch sonst nicht vor, weder in der Privatpraxis, noch bei anderen Spitälern. Dass diese Bedenken durch geeignete Persönlichkeiten ausgeglichen werden können, sei unbedenklich zugestanden.

Man wird aber keine Einrichtung empfehlen wollen, die sich nur unter zufälligen Bedingungen bewährt. Zudem kann die von der oberen Anstaltsbehörde auszuübende Ueberwachung der Localversorgung von keiner Medicinalbehörde übernommen werden.

Man sehe über diesen, sowie über den vorigen Gegenstand: *Roller*, Die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen. Karlsruhe, 1831. S. 42 flg.

Visitationen. Eine wichtige Befugniss solcher Behörden, oder eigentlich die Bedingung, unter welcher sie allein eine wirksame Aufsicht über die Anstalten führen können, sind die von ihnen vorzunehmenden Visitationen, durch welche dieselben von dem Zustande der Anstalten sich Kenntniss verschaffen

In Baden soll nach §. 6. des Statuts jährlich einmal eine Dienstvisitation der Anstalt vorgenommen werden, und zwar durch einen Commissär des Ministeriums des Innern und ein Mitglied des Ober-Medicinalraths.

Als eine Aufgabe derselben wird im §. 46. die Untersuchung der Frage genannt, ob kein Kranker, der entlassen werden könnte, in der Anstalt zurückgehalten wird.

Der Werth solcher Visitationen ist unbestreitbar und unbestritten. Ohne sie wird eine Aufsichtsführung, welche der Behörde zukommt, gar nicht möglich sein, die Anstalten selbst erkennen darin ausser dem erwähnten Schutz, wegen dessen auch *Jessen* in Folge der gegen ihn gerichteten unwürdigen Angriffe Visitationen verlangt hat, ein Mittel, ihre Wünsche und Bedürfnisse zur Kenntniss der Behörde zu bringen.

General-Inspectoren. Um aber auch da, wo die Anstalten Grafschaften oder Departementen, oder einzelnen Provinzen und Regierungsbezirken angehören, oder wo ein Land, wie Deutschland, aus Staaten besteht, von denen viele nur eine oder zwei Irrenanstalten besitzen, eine gemeinsame Uebersicht zu gewinnen, möchten wir das Institut der General-Inspectoren vorschlagen, wie sie Frankreich. Belgien und Holland, und England, dieses in seinen „commissioners in lunacy" besitzt, von denen aber die Letzteren die Stelle einer Behörde zu versehen scheinen.

Wir glauben, dass die Visitationen durch General-Inspectoren durch die der oberen Anstaltsbehörden keineswegs überflüssig gemacht sind, dass jenen neben diesen eine wichtige Aufgabe zufällt.

Es würde durch sie eine einheitliche Uebersicht, die bei der zersplitterten Leitung mangelt, möglich. Es könnte dadurch die Entscheidung über wichtige Fragen zum Austrag gebracht, das, was sich in der einen Anstalt als schädlich oder nützlich erwiesen hat, könnte für andere benutzt werden.

Man sollte glauben, dass man in einer Zeit, in welcher für die Irrenfürsorge so widersprechende Ansichten auftauchen, in welcher sogar der Werth der bestehenden Anstalten angefochten wird, begierig nach einer Einrichtung greifen werde, die es gestattet, dass eine auf viele Orte vertheilte Erfahrung an einem Punkte zusammenfliesst.

Zur Erreichung dieses Zweckes würde es nicht nöthig sein

dass den General-Inspectoren eine disciplinäre, oder überhaupt Regierungs-Befugniss zugetheilt wird. Ihre Aufgabe würde vielmehr nur eine beobachtende und referirende sein.

Wie viel oder wie wenig von dem Ergebniss ihrer Visitationen praktisch verwerthet werden soll, bliebe den einzelnen Anstaltsbehörden überlassen.

Nothwendig wird sein, dass die General-Inspectoren in ihrer Instruction die Punkte vorgezeichnet erhalten, auf welche sie ihre Aufmerksamkeit zu richten haben. Die uns aus anderen Ländern vorliegenden Berichte würden hiefür einen Anhaltspunkt geben.

Während die von der Behörde ausgehenden Visitationen nicht nothwendig einem Arzte übertragen sein müssen, vielmehr weil die Behörde keine ärztliche sein soll, hiefür ein Verwaltungsbeamter passender ist und ein ärztliches Mitglied der obersten Medicinalbehörde, wie dies in Baden geschieht, nur beigegeben ist, müssten dagegen die General-Inspectoren dem Stande der Aerzte, und zwar solcher Aerzte angehören, welche mit dem Irrenwesen vertraut sind. Wahrscheinlich wird die Auswahl geeigneter Persönlichkeiten grosse Schwierigkeit darbieten. Im Dienste stehende Anstaltsärzte würden nur dann dazu verwendet werden können, wenn ihnen ein anderes Gebiet, als das, worin ihre Anstalt liegt, zugewiesen ist, und auch dann noch würde eine solche Einrichtung ihre Bedenken haben, abgesehen davon, dass ein Anstaltsarzt nicht wohl öfter und länger von seinem Posten entfernt sein kann.

Wenn freilich Männer wie *Flemming* verfügbar wären, so würde der Erfolg dieses Vorschlags in glänzender Weise gesichert sein. Doch werden, wenn es den Regierungen nur Ernst ist, die rechten Männer schon gefunden werden und diese Angesichts der grossen Aufgabe Alles zu ihrer Lösung beitragen.

Oefter als alle 3 Jahre werden diese Visitationen nicht vorzunehmen sein, vielleicht nur alle 5 Jahre.

Doch wird dies, sowie die Dauer der Visitation an jeder Anstalt, sodann insbesondere die Grösse der einzelnen Visitations-Bezirke, welche Länder oder Provinzen einem General-Inspector zugetheilt werden sollen, weiterer Bestimmung vorbehalten bleiben.

Frankreich hat jetzt 3 (früher 2) General-Inspectoren. Für die deutschen Länder werden mehr nöthig sein, zumal wenn auch die Privatanstalten, wie dies ihre Besitzer selbst wünschen werden, dazu gehören sollen.

In die Instruction der Visitatoren möchte noch aufzunehmen sein, dass sie ihre Berichte an die obreen Behörden der betreffen-

den Anstalten einzusenden haben und dass sie nur das veröffentlichen dürfen, was von jenen gutgeheissen wird.

Eine weitere Verfolgung dieser Maassregel wird dann am Platze sein, wenn unser Verein, welchem diese Angelegenheit hiermit zur Prüfung vorgelegt wird, einen Beschluss darüber zu fassen für gut findet. Mit der Frage über die Aufnahme-Statuten hängt das Institut der General-Inspectoren allerdings nicht unmittelbar zusammen, wohl aber mit einem wichtigen Bedürfniss der Irrenfürsorge, so dass seine Erwähnung an diesem Orte gestattet sein wird.

Für den Fall, dass auf die Sache eingegangen werden soll, möchten wir uns den unmaassgeblichen Vorschlag erlauben, dass von den einzelnen Anstalten den betreffenden Regierungen das Project empfohlen und ihnen anheimgegeben werde, welche Schritte sie zur Verwirklichung desselben thun wollen.

Bestimmung wegen der Kostenbeiträge.

Wir kommen noch zu dem letzten Punkt, welcher in dem Entwurf von Aufnahms-Statuten nicht wird fehlen dürfen, zu der Frage wegen der Kostenbeiträge. Allgemein gültige Bestimmungen sind hier natürlich nicht zulässig.

Zunächst wird gewünscht werden, dass durch die Bestimmungen hierüber die Aufnahmen nicht verzögert, überhaupt nicht erschwert, sondern vielmehr erleichtert werden.

Im §. 11. des Illenauer Statuts ist bestimmt, dass durch Erörterung über den Kostenpunkt die Aufnahme selbst nicht nothleiden soll.

Die Bestimmungen über die Kostenbeiträge müssen überhaupt so getroffen sein, dass auch der ärmste Kranke Zugang findet, dass Niemand der Kosten wegen ausgeschlossen ist. Die besteingerichteten Anstalten haben einen beschränkten Werth, wenn der Eintritt in dieselben nur um hohe Preise erreicht werden kann. Den Aerzten derselben muss Alles daran liegen, dass die dargebotene Hülfe von Allen ohne Unterschied des Vermögens benutzt werden kann.

Es wird verschiedene Wege geben, auf welchen dies Ziel erreicht werden kann. Entweder ist die Anstalt so dotirt, dass sie die Unterhaltungskosten aus ihrem eigenen Vermögen bestreiten kann; oder es werden die Kosten auf die Gesammtheit ausgeschlagen, so dass Alle für Einen zahlen.

Oder aber es wird für die Aversen, welche bezahlt werden müssen, eine gewisse Breite gelassen, so dass je nach den Verhältnissen ein höheres oder geringeres Aversum angesetzt werden kann und wird ausserdem auf den Vermögensstand dessen, der beizutragen hat, Rücksicht genommen, so dass die ärmere Person oder Commune weniger zu bezahlen hat als die reichere.

So ist es im Grossherzogthum Baden.

Wenn der Kranke Vermögen besitzt, aber nicht so viel, um das ganze Aversum bezahlen zu können, so wird nur der Ertrag eingezogen und der Rest auf das Capital vorgemerkt.

Nach der definitiven Entlassung oder aber gewöhnlich erst nach dem Tod des betreffenden Pfleglings wird entschieden, ob die Schuld der Anstalt bezahlt, oder ob sie ganz oder theilweise nachgelassen werden soll, wobei man stets die billigsten Rücksichten walten lässt.

Auf diese Weise geschieht es, dass das Vermögen keines Pfleglings durch den Aufenthalt in der Anstalt geschmälert wird, eine Einrichtung, welche für die Anstalts-Verwaltung zwar mit vielen Schreibereien verbunden ist, sich aber als eine sehr wohlthätige und humane bewährt hat.

Für unvermögliche Kranke haben die Gemeinden oder, wo milde Fonds und Stiftungen vorhanden sind, diese einzutreten.

Sie werden aber nicht mit dem ganzen Aversum der untersten Verpflegungsklasse beigezogen, sondern mit einem den Vermögens-Verhältnissen der Gemeinden etc. entsprechenden Beitrag.

Reichere Gemeinden bezahlen höhere Beiträge (bis zu 140 Fl. = 80 Thlr. im Jahr), ärmere weniger (bis zu 52 Fl. = 30 Thlr.), ganz arme gar nichts.

Ebenso werden Angehörige von Staats-Angestellten, welche kein Vermögen besitzen, standesgemäss auf Staatskosten verpflegt. Bei Bestimmung der Verpflegungsklasse ist überhaupt nicht blos das Vermögen, sondern auch der Stand des Kranken und der Heilzweck maassgebend.

Dass armen oder wenig bemittelten Gemeinden und Familien-Angehörigen, wenn in der Betreibung der Aufnahme nichts versäumt worden ist, halbjährige Kostenbefreiung gewährt werden kann (§. 30. des Statuts), ist schon oben erwähnt.

Alle diese Vergünstigungen sind natürlich nur dann möglich, wenn der Anstalt die nöthigen Mittel bewilligt sind, um den durch die niederen Kostenbeiträge entstandenen Ausfall zu decken.

In Illenau geschieht dies durch die Staatskasse, aus welcher der Anstalt alljährlich eine bestimmte Summe zufliesst.

Wir haben bei den obigen Vorschlägen immer nur inländische Kranke im Aug' gehabt, d. h. solche, welche dem Lande angehören, in welchem die Anstalt liegt. Für die Aufnahme von Kranken aus anderen Ländern sind besondere Bestimmungen nöthig. Die für die hiesige Anstalt gültigen sind in den §§. 17. und 18. des Statuts enthalten. Es werden auch bei Kranken aus dem Ausland und hier

noch viel mehr als bei denen aus dem Inland Garantieen dafür gefordert werden müssen, dass die Anstalt in keiner Weise missbraucht, dass also keine unrechtmässige Aufnahme versucht werde.

Wir haben im Eingang bemerkt, dass der vorliegende Entwurf sich nur auf öffentliche Anstalten bezieht. Ein Statut für Privatanstalten wird natürlich anders lauten müssen.

Manche Punkte werden ganz wegfallen können, doch wird auch von Seiten der Privatanstalten Schutz gegen Angriffe verlangt werden, denen sie noch mehr ausgesetzt sind als öffentliche.

Wir überlassen das Nähere über diesen Punkt denen, welche Erfahrung hierüber haben.

Die in dem vorstehenden Entwurf berührten Punkte fassen wir im Folgenden kurz zusammen.

Zur Regelung des Aufnahms-Verfahrens und zum Schutz gegen jeden ungerechten Verdacht ist ein von der Staats-Behörde genehmigtes Statut nöthig. (S. 642.)

Dasselbe muss nicht auf dem Weg der Gesetzgebung zu Stande kommen. (S. 644.)

Im Statut muss enthalten sein:

Die Bestimmung der Anstalt.

Die Bezeichnung der für die Aufnahme nöthigen Theile:

a. Zustimmung der Angehörigen (S. 645).
b. Krankheitsgeschichte und ärztliches Gutachten. Das letzte in der Regel vom Physikus (S. 645).
c. Zeugniss des Gemeinderaths und Orts-Geistlichen (S. 646). In vielen Fällen nicht nöthig.
d. Einsendung des Aufnahme-Gesuchs durch die Staats-Polizei-Behörde (Bezirksamt) (S. 646).
e. Genehmigung der Aufnahme durch die der Anstalt vorgesetzte höhere Behörde (S. 646).

Für polizeiliche Aufnahmen ist ein besonderes Verfahren nöthig (S. 646).

Vorherige Entmündigung ist unnöthig (S. 646).

Es muss für Beschleunigung der Aufnahmen (provisorische Aufnahmen) und für ihre Geheimhaltung Sorge getragen werden (S. 647 und 648).

Bekämpfung des Widerwillens gegen solche Anstalten (S. 648).

Kein Pflegling darf länger als nöthig in der Anstalt zurückgehalten werden (S. 649).

Die Entlassungen sollen vorerst nur urlaubsweise erfolgen (S. 649).

Die Angehörigen können den Kranken zu jeder Zeit zurückverlangen (S. 649).

Der Kur wegen darf kein Kranker zwangsweise zurückgehalten werden, sondern nur bei Gefährlichkeit (S. 650).

Die Mitwirkung anderer Stellen ist nöthig, weil die Irrenfürsorge nicht auf die Anstalten beschränkt ist (Localversorgung) (S. 651.)

Stellung und Aufgabe der Staats-Behörde (S. 651).

Kein Medicinal-Collegium (S. 653).

Visitationen (S. 654).

General-Inspectoren aus dem Stand der Aerzte, Vorschlag für Deutschland (S. 654).

Die Aufnahmen dürfen durch den Kostenpunkt nicht erschwert werden (S. 656).

Es sind deshalb wegen der Kostenbeiträge erleichternde Bestimmungen erwünscht (S. 657).

Für Kranke aus dem Auslande sind besondere Bestimmungen nöthig (S. 657).

Die vorliegenden Erwägungen betreffen nur öffentliche Anstalten (S. 657).

Illenau, im Mai 1866.

Roller.

II.

Vorschläge zu gesetzlichen Bestimmungen in Beziehung auf die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten.

---

§. 1.

In allen Staats- und Privat-Irrenanstalten kann jeder Geistes- oder Gemüthskranke ohne alle Formalitäten aufgenommen werden, die Aufnahme möge von dem Kranken selbst, von seinen Angehörigen oder von einer Behörde verlangt werden.

§. 2.

Wird ein Kranker wider seinen Willen in die Anstalt gebracht, so muss der Director derselben eine genügende ärztliche (gerichtsärztliche?) Untersuchung seines Zustandes veranlassen, falls eine solche nicht bereits der Aufnahme vorhergegangen ist.

§. 3.

Dasselbe muss geschehen, wenn ein Kranker, dessen fortdauernde Geisteskrankheit nicht augenscheinlich hervortritt, wider seinen Willen in der Anstalt zurückgehalten werden soll.

§. 4.

Kranke, die auf Verlangen ihrer Angehörigen aufgenommen worden sind, können von denselben zu jeder Zeit zurückgenommen werden; nur ist bei Individuen, welche der öffentlichen Sicherheit gefährlich werden können, die Genehmigung von Seiten der vorgesetzten Behörde erforderlich.

Was sonst noch bei der Aufnahme von Kranken erforderlich sein dürfte, z. B. Sicherstellung wegen Zahlung der Verpflegungsgelder, Einlieferung von Krankheitsgeschichten und dgl., kann nicht durch allgemeines Gesetz festgestellt, sondern muss bei Privatanstalten durch den Verkehr, bei Staatsanstalten durch ein Localstatut bestimmt werden.

Dem von Herrn Geh.-Rath *Roller* ausgesprochenen Wunsche, dass eine Beaufsichtigung der Staats- und Privatanstalten grösserer Districte besonderen General-Inspectoren übertragen werden möge, stimme ich vollkommen bei.

Hornheim, den 15. August 1867.

Dr. *P. Jessen.*



Kleinere Mittheilungen.

Lypemanie nach Holsbeck. — Eine von den moralischen Ursachen, welche am häufigsten und rapidesten Irresein hervorbringen, ist der Kummer. Frauenzimmer sind demselben im viel grösseren Verhältnisse unterworfen, als Männer. Hier ein Beispiel davon zu denen, welche die Wissenschaft bereits besitzt. Frau *D.*, 35 Jahre alt, wohl constituirt, sanguinischen Temperamentes, empfand in Folge eines sehr lebhaften Zankes mit ihrer Schwester einen äusserst tiefen Verdruss, der sie keinen Augenblick mehr verliess. Sie war einen Monat hindurch agitirt, schlief nicht mehr, verweigerte die Speisen und sprach beständig nur von traurigen Dingen. Gegen Alles bezeigte sie sich gleichgültig. Sie säugte ein Kind von 2 Monaten, wozu ihr aber allmählig die Milch verging. Zu Anfange des Monates December v. J. wurde ich gerufen, um sie zu behandeln. Sie war des Morgens zeitig aufgestanden, hatte ihren Säugling genommen und sich aus dem Hause begeben. Sie war ausserhalb der Stadt weithin planlos umhergegangen und erst am Abend wieder zu Hause geführt, kannte nun keinen Menschen mehr, gab unzusammenhängende Ideen kund, sprach viel von ihrer Schwester, hatte Gehörshallucinationen und Gesichtsillusionen. Ihre Brüste waren schlaff und ohne Milch. Der Puls verrieth nicht mehr Frequenz, als im Normalzustande. *H.* liess sie ins Bett legen und instituirte sofort nachstehende Behandlung: Compressen von kaltem Wasser auf den Kopf und Sinapismen an die Waden, baldriansaures Ammoniak (30 Centigrammes in 150 Grammes Vehikel) innerlich und revulsive Reizung der Brüste mittelst Elektricität, um die Secretion der Milch darin wieder hervorzurufen Die Kranke schlief die Nacht ungefähr eine Stunde und zeigte sich dann viel ruhiger. Den anderen Tag dieselbe Behandlung und ausserdem ein abführendes Klystier. In der Abendzeit merklich besser, ebenso die Nacht und noch viel mehr den anderen

Tag. Nach Verlauf von 3 mal 24 Stunden hatte Frau *D.* ihre Intelligenz wieder erlangt und war die Milchabsonderung vollständig wieder hergestellt. —

Nun das Gehirn so lange auf einen so traurigen Gegenstand gespannt war, wurde es endlich überreizt und vermochte seine Operationen nicht mehr unter der Controle des Willens zu halten. Die erste Phase des Irreseins bestand darin, dass zu viel Blut zu dem Kopfe strömte, wovon die Irritation und Schlaflosigkeit die unmittelbaren Folgen waren. Wird in einem solchen Falle keine zweckmässige Behandlung angewendet, so kann Entzündung davon die Folge sein. —

Die Elektricität leistete hier zur Wiedererzeugung der Milchsecretion ganz vorzügliche Dienste. —

(Dr. *H. von Holsbeck* in der Abb. médicale.) Dr. *Droste.*

Irrenanstalt zu Northampton *). — Am Beginn des Jahres (1. Oct. 1865) waren in der Anstalt 352 (158 M., 194 W.), am Ende 405 (182 M., 223 W.). Aufgenommen 136 (75 M., 61 W.), davon 38 aus den Anstalten zu Worcester und Taunton. Entlassen 83 (51 M., 32 W.), davon 24 (15 M., 9 W.) geheilt, 20 (13 M., 7 W.) gebessert und 8 (5 M., 3 W.) ungebessert. Es starben 31 (18 M., 13 W.). — Den Einnahmen gegenüber, darunter für Privat-Patienten 21,403 und von Staats-Patienten 42,206 Dollars, figuriren als Ausgaben 77,983 Dollars: für Heizung 9,283, Gas und Oel 1,134, Gehälter 13,099, Geräth 2,084, Kleidung und Stückgüter 3,545, für Zufälle 1,285, Landwirthschaft 5,909, Ackergeräth 1,502, landwirthschaftliche Löhne 1,396, Reparaturen 3,677, Verschiedenes 706, an die Bank 6,000, zur Ausgleichung 1,372 Dollars. —

Am Gottesdienste nahmen das letzte Mal Theil von 405 Patienten (118 M., 224 W.): 273 (122 M., 151 W.); 34 Angestellte (15 M., 19 W.). 38 Vorlesungen wurden das Jahr über gehalten, 7 von Gönnern der Anstalt, 2 vom Assistenten, 29 vom Director. Die regelmässigen Abend-Gottesdienste wurden von Letzterem geleitet. Tagevergnügungen fanden 31 statt, an denen 120—150 Theil nahmen, ca. 40 wirklich tanzten. Einer der Aerzte war stets anwesend. Von periodischen Zeitschriften werden 10 täglich, 3 halbwöchentlich und 19 wöchentlich erscheinende gehalten, aus der Bibliothek wurden 1,154 Bände benutzt. Es wird dringend gewarnt, die Kranken nicht

---

*) cf. Taf. X.



zu täuschen, um sie der Anstalt zu übergeben. — Die ganze Haushaltung isst von 20 Tischen: ein Theil in des Directors Wohnung, 1 im Centrum des Mittelgebäudes und 9 eine halbe Stunde später in jedem Flügel. Der erste wird zwei Mal gedeckt: für die Farmers mit einigen anderen und die Oberaufsicht mit Küchen- und Waschpersonal. Die Wärter essen mit den Patienten, die Speisen werden auf einer Eisenbahn in die Seitenflügel gebracht. Zum Backen wird Holz verwendet, für Küche und Waschanstalt Kohlen. Das Haus wird mit Dampf geheizt. In der Kapelle sitzen die Geschlechter, welche der Zeit nach hintereinander hineingehen, seitwärts von einander. An Gas wurden verbraucht 327,475 Kubikfuss, durchschnittlich täglich 897, davon im December 1,664, im Juli 250. Die Landwirthschaft brachte 8,501 Dollars ein, an Milch 15,327 Quart im Betrage von 1,226 Dollors. (Die ganze Milch betrug 61,308 Quart, aber für die Berechnung kann nur jene Angabe dienen, weil der Ueberschuss in dem consumirten Materiale wie Heu und dergl. schon berechnet ist.) Als Beweis der Trefflichkeit der Landwirthschaft wird angeführt, dass ein geschlachtetes Schwein 740 Pfd., ein 8 Wochen altes Kalb 206 Pfd. wog und 40 Dollars werth war, während dessen Mutter 1862 für 35 Dollars gekauft wurde. Die Zahl der Besucher des Hospitals war sehr gross, so dass sie z. B. in den 27 Wochentagen des August 1,239 betrug und mehrere Beamte beschäftigte. — Die ermittelte Dauer der Krankheit bei den 136 Aufgenommenen war bei 43 (24 M., 19 W.) unbekannt, bei 37 (25 M., 12 W.) weniger als ein Jahr, bei 3 W. zwischen 1—2 J., bei 19 (11 M., 8 W.) zwischen 2—5 J., bei 16 zwischen 5—10 J., bei 3 (2 M., 1 W.) zwischen 10—15 J., bei 8 15 J. und darüber, bei 7 (3 M., 4 W.) verschiedene Jahre. Von den 31 (18 M., 13 W.) Gestorbenen starben an *phthis.* 9 (3 M., 6 W.), an Marasmus 7 (4 M., 3 W.), an Epilepsie 4 (3 M., 1 W.), an *paralysis* 3 M., an Pneumonie 1 M., an Typhomanie 3 (1 M., 2 W.), plötzlich 1 M., an hohem Alter 3 (2 M., 1 W.). Beschäftigt waren regelmässig in der Anstalt von Angestellten 43 (21 M., 22 W.), darunter an Wärtern 23 (10 M., 13 W.). (Eleventh annual report of the trustees of the state lunatic hospital at Northampton. October 1866. Boston, 1867. p. 62.)

Erklärung der Taf. X.

A. Geschäftszimmer. B. Apotheke. C. Sprechzimmer. D. Sprechzimmer für Angehörige der Kranken. E. Schlafzimmer. F. Speisezimmer. G. Trockenräume. H. Plättzimmer. K. Zimmer, um Wäsche zusammenzulegen und sie auszutheilen. L. Speisezimmer der Farmer. M. Schlafzimmer der Farmer. N. Privat-Bureauzimmer. O. Wärterzimmer. S. Zimmer für schwere Kranke. T. Für Selbstmordsüchtige. U. Waschhaus. V. Water-Closets, deren Abzüge und Bäder.

Personal-Nachrichten.

Geheimer Rath Prof. Dr. *Mittermaier* in Heidelberg ist am 29. August gestorben.

Inhalt.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin.

Ein Besuch in Gheel vom 27. bis 29. November 1866 *).

Von

Dr. von Krafft-Ebing,
Hülfsarzt in Illenau.

Ein Bericht über Gheel, das viel gerühmte und verdammte Irrendorf, hat eigentlich mit einer Entschuldigung dafür zu beginnen, dass er ein erledigtes Thema von Neuem aufzugreifen wagt. Als ich mich der Redaction der Zeitschrift zur Erstattung von Mittheilungen über Gheel erbot, kannte ich einen grossen Theil der bezüglichen Literatur noch nicht, gleichwohl hat die Nachholung dieser Versäumniss mich nicht vermocht, den freundlichst geforderten Bericht zu unterdrücken. Gerade das Studium der einschlägigen Literatur hat mich belehrt, mit welcher Einseitigkeit gewisse enthusiastische Anhänger der Irrenreform Gheel's Lichtseiten hervorgehoben, und mit welcher Gehässigkeit gewisse allzu conservative Anhänger des alten Regime Gheel's Schattenseiten beleuchtet haben. Nur wenige (*Brosius*, *Falret*, *Brandes* u. A.) wussten sich frei von aller doctrinären Präoccupation zu halten und in ihrem Lob und Tadel die richtige Mitte zu beobachten.

*) Aus einem den Illenauer Collegen erstatteten Reisebericht.

Ich glaube mich überzeugt zu haben, dass die älteren Urtheile über Gheel durch seine Restauration und Gründung einer Infirmerie ihren Werth verloren haben, durch die jüngsten Publicationen aber noch keineswegs allenthalben die Ansichten der Fachgenossen so geklärt sind, als die Wahrheit und Wichtigkeit der Sache wünschenswerth erscheinen lassen. Es schien mir daher nicht unpassend, der Aufforderung der verehrlichen Redaction durch Mittheilung nachstehender Skizzen aus dem Gheeler Leben zu entsprechen. Eine allgemeine Schilderung der Verhältnisse der Irrencolonie konnte füglich nach dem, was *Brosius* u. A. berichtet haben, übergangen werden, vergleichende statistische Untersuchungen über das, was Gheel werth sei, schienen in einseitiger Weise schon gemacht zu sein, es konnte sich nur darum handeln, den Collegen, welchen eine Autopsie Gheel's nicht vergönnt war, eine vorurtheilsfreie und ungeschminkte Skizze des Gheeler Lebens zu geben und sie in den Stand zu setzen, selbst ihr Urtheil zu bilden und zu modificiren; die Zusammenstellung folgender an Ort und Stelle beobachteten Thatsachen schien dazu das geeignetste Material zu bieten.

1. Von einem „garde de section“, einem intelligenten und der französischen Sprache vollkommen mächtigen Manne begleitet und mit der Erlaubniss vom Dr. *Bulckens*, jedes beliebige Haus der Colonie zu besuchen, versehen, trat ich am frühen Morgen meine Wanderung an, und besuchte zunächst das Haus eines Bäckers, bei dem ein junges Mädchen aus Hannover, von *Droste* geschickt, seit 4 Jahren sich befindet. Die Hausleute sind äusserst gutmüthige, bescheidene und freundliche Menschen, grosse Reinlichkeit machte sich überall bemerklich. Das Mädchen ist aus guter Familie, zahlt 600 Frcs. jährlich, hilft etwas im Hauswesen und bei der Wartung der Kinder, fühlt sich ganz behaglich, hat ein eigenes Schlaf-

zimmer und ein Klavier zur Disposition. Die Kranke kam vor 4 Jahren nach Gheel, litt damals an Melancholie, die schon ziemlich lange gedauert hatte. Nach einem schweren Icterus stellte sich Nahrungsverweigerung ein, die 3 Jahre lang dauerte und die ganze Geduld der Familie in Anspruch nahm. Die Kranke ist jetzt ziemlich blödsinnig, nur schwer mehr zur Arbeit zu bringen. In einer geordneten Anstalt, glaube ich, würde sie besser zur Thätigkeit angehalten und länger vor gänzlichem geistigem Verfall bewahrt bleiben können.

2. Im Hause eines Apothekers, zugleich dem vornehmsten der Colonie, traf ich einen Paralytiker in schon vorgeschrittenem Stadium. Er erzählte mir gleich mit kindischem Drang, wie wohl er sich hier fühle, und legte grossen Werth darauf, mit der Familie essen zu dürfen. Er arbeitet im Garten und auf dem Felde, fühlt sich offenbar recht behaglich und geht allein in den Strassen des Dorfes spazieren.

3. Ein ruhiger, blödsinniger Kranker lebt in der gleichen Familie. Er befindet sich schon seit Jahren hier. In die Familie ist er völlig eingelebt und darin wohlgelitten, besonders von den Kindern, mit denen er sich viel beschäftigt. Er zahlt 800 Frcs. und hat sein eigenes, schön eingerichtetes Zimmer.

4. Das dritte Haus, das ich aufsuchte, war das eines Kaufmanns, eines recht netten und gebildeten Mannes, der vier Kranke hat. Der eine, ein Reconvalescent, war auf einem Spaziergange; einen zweiten, Onanist, traf ich auf seinem Zimmer, in dem er gerade internirt war, weil er Jemand im Hause hatte schlagen wollen. Der Kranke bot das Bild eines vorgeschrittenen Blödsinnes mit grosser Reizbarkeit und war nicht selten gewaltthätig. Der dritte Kranke, ein ruhiger Verrückter, arbeitet fast den ganzen Tag auf der eine halbe Stunde entfernten Ferme, die der Mann besitzt, und kommt nur

zu Tische. Ein vierter, Melancholie mit grosser psychischer Schwäche, sass ruhig und sich selbst überlassen am Ofen. Später traf ich ihn im Garten, wo er spazieren ging. Der Mann und seine Familie beschäftigen sich angelegentlich mit den Kranken, gehen mit ihnen spazieren, spielen mit ihnen Billard und Karten. Die Mahlzeiten nehmen sie gemeinschaftlich mit der Familie. Unschicklichkeiten, nächtliche Ruhestörungen sollen nie vorkommen. (?) Der Pensionspreis des Hauses ist der höchste, der in Gheel bezahlt wird, nämlich 1,000 bis 3,000 Frcs. Der Comfort ist gross, die Zimmer sind sehr luxuriös, nach Art unserer besten Gasthöfe eingerichtet. Besondere Vorrichtungen haben die Zimmer nicht, nur in einem, das zur Aufnahme unruhiger Kranker eingerichtet ist, fand ich von innen verschliessbare Läden, nach Art unserer Illenauer.

5. Das nächste Haus, dem mein Besuch galt, war das eines der 4 Sectionsärzte, von denen zwei verheirathet sind. Eine Frau aus Rheinpreussen und ein Belgier, Beide abgelaufene, ruhige Fälle, waren hier untergebracht. Die Leute sassen behaglich um's Kaminfeuer und plauderten mit einander.

6. Ein verrückter, ruhiger Pflegling bei einem Bauersmann. Der Kranke war Maler. Der Pensionspreis beträgt 500 Frcs.

7. Weiter sah ich eine ruhige Kranke, offenbar verrückt, bei einem Kaufmann. Sie bügelte fleissig, zog sich aber bei Annäherung eines Fremden in einen Winkel des Hauses zurück. Als arme Kranke zahlt sie 70 Cent. täglich. Die Verpflegung war etwa die der zweiten Klasse in Illenau. Sie ist seit 5 Jahren in der Familie und meist ganz ruhig.

8. Ein Kranker, der schon 12 Jahre in einer Anstalt behandelt worden war und sich nun seit 4 Jahren in Gheel befand. Ganz apathisch blödsinnig sass er in

einem Stuhl, musste zeitweise zum Essen genöthigt werden und war habituell unreinlich. Trotzdem ist er sehr reinlich und gut gehalten. Sein Bett, das er jede Nacht verunreinigt, blendend weiss. Der Pfleger, ein einfacher Bauer, kleidet den Kranken jeden Morgen an und setzt ihn in den Stuhl an's Kaminfeuer. Der Pensionspreis 300 Frcs.

9. Zwei epileptische Frauen, die eine sehr reizbar, schnitzen mit scharfem Messer Kartoffeln und leben in der Familie von Bauern. Bei Anfällen werden sie auf eine bereit gehaltene Matratze gelegt. Die eine hat zeitweise Anfälle von furibunder epileptischer Manie, und kommt dann in die Zwangsjacke; dauert der Anfall mehrere Tage, so wird sie in die Infirmerie verlegt. Die Verpflegung ist gut; einfache Fenster, vor denen Eisenstäbe angebracht sind. Verpflegungssumme beträgt für Jede 82 Cent. täglich.

10. Ein Idiot, der seine Tage in der Werkstatt eines Schusters zubringt und wohlgelitten ist, obwohl er ihn vielfach in der Arbeit stört und manches verdirbt. Linksseitige Contractur mit Lähmung der Hand, fast thierisches Wesen. Unreinlich und epileptischen Anfällen unterworfen. Spielt ganz harmlos mit Schusterahle und Messer. 72 Cent. täglich.

In demselben Hause eine blödsinnige alte Frau, die seit 12 Jahren da ist und für 72 Cent. verpflegt wird.

11. Zwei weibliche Kranke bei einer Bauernfamilie; die eine schien an verrücktem Verfolgungswahn zu leiden und brach bei meiner Ankunft in heilloses Schimpfen aus. Die Art, wie die Bauernfrau die Kranke zu besänftigen wusste, verrieth grosses praktisches Talent zur Pflege solcher Kranken.

12. Junges Mädchen aus Brüssel, erst seit 3 Wochen da. Melancholischer Wahnsinn. Frischer Fall.

Sie ist als Näherin bei einer Näherin von Gheel untergebracht, der sie ordentlich hilft. 72 Cent. täglich.

13. Ein Idiot bei einer Bauernfamilie. Er bleibt Nachts nur im Bett, wenn der kleine Sohn des Bauern, für den er grosse Affection hat, bei ihm schläft, was die Leute trotz der habituellen Unreinlichkeit des Kranken freundlich gestatten. (!)

Der Kranke ist zur Arbeit nicht zu bringen; für ihn wird täglich 80 Cent. bezahlt.

Die Frau hält den armen Jungen wie ihr eigenes Kind und war sehr glücklich über eine Belohnung von 25 Frcs., die sie vor Kurzem für ihre Bemühungen von der Familie des Kranken erhalten hatte. Im gleichen Quartier sah ich noch eine grosse Zahl von Idioten. Sie sind reinlich und gut gehalten, bei weitem besser, als im grossen Bicêtre, wo bei meinem Besuch der Idiosaal ein Muster von Unreinlichkeit war.

Dr. *Bulckens* hat bereits begonnen, eine Idiotenschule in der Colonie zu errichten.

14. Eine Blödsinnige mit sexueller Aufregung sah ich auf einem einzeln stehenden Bauernhof. 72 Cent. täglich. Sie arbeitete gerade fleissig, sass allein hinterm Ofen, Kinder spielten um sie herum. Sie ist seit 18 Monaten da, schlägt hie und da zusammen, prügelt auch dann und wann die Umgebung. Dem Nourricier wird für etwaigen Schaden, den die Kranke anrichtet, nichts vergütet. Dennoch ist sie wohl gelitten. Das Schlafzimmer ist sauber, Eisenstäbe vor den Fenstern.

In demselben Hause ist erst vor Kurzem eine Kranke mit Manie agitée gewesen. Sie war 10 Tage in der Infirmerie, kam dann in ein Haus im Centrum der Colonie, war aber dort zu unruhig und musste in die Ferme versetzt werden, wo sie Arbeit fand und 8 Monate bis zu ihrer Genesung blieb.

15. In einer benachbarten Ferme sah ich eine Me-

lancholische mit Schwäche. Sie ist seit 1861 da; sie sass am Feuer und schälte Kartoffeln.

In demselben Hause ist vor Kurzem eine Melancholische nach sechsmonatlicher Krankheitsdauer genesen. Die Leute freuen sich, bald wieder eine Kranke anvertraut zu bekommen.

16. In einem fernen Pachthof fand ich eine von Melancholie Genesene, die in 14 Tagen heimkehren wird. Die Bauernfrau hatte sich sehr um sie angenommen, und die Kranke bewies ihr aufrichtige Dankbarkeit. In demselben Hause lebt noch eine ruhige blödsinnige Kranke, mit Arbeit beschäftigt. Sie erfreut sich an einer Puppe, die sie von Hause geschickt bekam. Die Kranken haben ein einträchtiges Familienleben zusammen. In dieses Haus, das sehr gut gelegen ist, schickt *Bulckens* öfters beginnende Tuberculose zur Milchkur und Landaufenthalt mit gutem Erfolg.

17. In einem anderen Hofe sah ich ein junges Mädchen, die über ein Kind, das sie bekam, schwermüthig wurde und in der Colonie genas. Sie will nicht mehr aus Scham über ihren Fehltritt in die Welt zurück, und da man einen Rückfall befürchtet, lässt sie *B.* in der Ferme, wo sie sich sehr nützlich macht. Sie ist seit 4 Jahren da und ganz an die Leute attachirt.

18. Eine blödsinnig verrückte Frau mit Aufregung. Sie ist gut gehalten. Lebt in der Familie mit den Kindern, obwohl sie zuweilen schimpft und Störung macht. Nachts ruhig.

Im gleichen Hause eine Kranke mit Verfolgungswahn und grosser Reizbarkeit und Unzufriedenheit. Sie ist Nachts unruhig, arbeitet nicht. Sie ist seit einem Monat da und kam aus Paris Sie beklagt sich über alle möglichen imaginären Verfolgungen, stört und schimpft sehr und ist oft widerstrebend. Die Frau hat

grosse Mühe mit der Kranken, hofft aber, sie doch allmählig zu acclimatisiren. Pflegesumme 72 Cent. täglich.

Die Kranken des Hauses treiben sich allein auf der Ferme umher, dicht dabei ist ein tiefer Bach, der einen grossen Theil der Colonie durchzieht.

19. Bei einer Bauernfrau traf ich einen ziemlich blödsinnigen, ruhigen Mann von etwa 51 Jahren, der früher ein Vagabund gewesen war. Er war, als er in's Haus kam, unreinlich. Die Frau hat ihn reinlich gewöhnt. Er fühlt sich ganz behaglich, sitzt am Feuer, Kinder spielen um ihn.

20. Eine zur Arbeit angehaltene Idiotin und eine apathisch blödsinnige Kranke in der Familie eines Bauern.

21. In einem ferneren Hause zwei arbeitende Kranke und ein apathisch Blödsinniger. Einer davon hat grosse Neigung zu entweichen und zu trinken.

Die drei Kranken schlafen in drei Zimmern mit Eisenstäben vor den Fenstern und Nachts verriegelten Thüren. Die Thüren gehen auf ein Zimmer neben der Wohnstube, in dem eine Tochter des Bauern schläft. Der eine der ruhigen Kranken ist wesentlich gebessert, seit er da ist, und sprach mit Anerkennung von seinem Aufenthalt.

22. In einem Hause auf der Haide eine Kranke, die ein Brüsseler öffentliches Mädchen war. Sie ist ziemlich blödsinnig und arbeitet nicht. Sie ist seit einigen Jahren da, sorgt für das Kind der Frau mit grosser Sorgfalt und wiegt es öfters.

23. In einem Hause, das zwei freundliche alte Bauernfrauen besitzen, eine blödsinnige Frau, die seit 21 Jahren im Hause ist. Sie ist sehr nett und reinlich gehalten; im Hause herrscht, wie überall, die grösste Sauberkeit.

24. In einem Hause fand ich einen blödsinnigen

Mann, der allnächtlich in's Bett pisst und dem man vergeblich seine Unreinlichkeit abzugewöhnen versuchte. Unter Tags ist er meist auf dem Felde beschäftigt.

Ein zweiter Kranker in diesem Hause ist ein alter Trinker und leidet an einer alkoholischen Störung. Er ist ein fleissiger Ackersmann; von Zeit zu Zeit entfernt er sich und wird in irgend einem Wirthshaus in Gheel abgefasst und in die Infirmerie internirt, wo er nach 8 Tagen wieder gut ist und dem Nourricier zurückgegeben wird.

25. Eine an verrücktem Verfolgungswahn leidende alte Frau ist in einem einsam auf der Haide gelegenen Hause verpflegt. Sie flieht die Menschen, sitzt den ganzen Tag in der Scheuer und kommt nur zum Essen. Sie ist reinlich und gut gehalten. Mein Eintritt in ihr Asyl erregte eine Fluth von Schimpfreden und Drohungen. So soll sie es jedesmal machen, wenn man sie in ihrer Ruhe aufstört. Sie verfolgt dann eine Strecke weit die sich entfernenden Besucher auf die Strasse, auf der sie sich frei bewegt. Es war ein eigenthümliches psychiatrisches Bild, die verwitterte Alte auf einem kleinen Hügel in der Haide, die weithin menschenleer und stille war, zu sehen und ihre Flüche zu hören, die endlich in der Ferne verhallten. Was bei uns Loge, Stuhl und Jacke erforderte, wird hier durch die natürlichen Verhältnisse unnöthig. Zuweilen wettert die Alte so eine Stunde lang auf der Haide fort, endlich wird sie müde und kehrt in ihren Schmollwinkel in der Scheuer zurück. So treibt sie es seit Jahren.

Soweit meine Notizen über Kranke, deren ich etwa 150 in den verschiedensten Theilen der Colonie besuchte. Ueber den Gesammteindruck derselben und die neuen administrativen Einrichtungen Gheel's möge das Folgende genügen:

Bis zu Anfang der 1850er Jahre war die Behand-

lung und Verpflegung der Irren zu Gheel Privatsache und keiner Behörde unterworfen; nur die grösseren Städte und Gemeinden des Landes hatten hervorragendere Bürger des Dorfes zu Patronen für ihre in Gheel verpflegten Gemeindeangehörigen bestellt, die quasi als Consuln die Interessen und Bedürfnisse ihrer Clienten gegenüber den Nourriciers, in deren Pflege sich diese befanden, vertraten.

Ein solches Selfgovernment konnte mit den hygienischen und wissenschaftlichen Anforderungen der Neuzeit sich nicht mehr vertragen und im Hinblick auf Unglücksfälle und allzu grosse Beschränkungen, denen die armen Kranken ausgesetzt waren, bemächtigte sich die Regierung der Gheeler Irrenfrage und ordnete die Verhältnisse.

Eine grosse Reihe von Verbesserungen, eine völlige Umgestaltung des Sanitätswesens der Colonie, sind die Früchte der segensreichen ärztlichen Wirksamkeit des letzten Decenniums und der wohlwollenden Fürsorge der Regierung. Fast 900 Kranke leben nun im traulichen Familien-Verkehr mit den Bewohnern Gheel's, und das Zutrauen und der Ruf der Irrengemeinde ist im steten Wachsen und erregt auch die verdiente Aufmerksamkeit des Auslandes.

Das System, das hier in so grossem Maassstabe durchgeführt ist, ist ein wahrhaft familiales, und ein Zug wohlthuender anspruchsloser Humanität weht durch's Ganze, dessen Seele ein Mann von edler Herzensgüte und durchaus praktischem Verständniss ist. Die Kranken sind wie Familienangehörige verpflegt und angesehen. Ohne Scheu und mit einer bemerkenswerthen Bonhommie und einem feinen Verständniss für ihre Bedürfnisse und Gebrechen verkehrt der Gheeler mit seinen Pflegebefohlenen. Es ist ehrenvoll für eine Familie, wenn sie die Pflege von Kranken übernimmt und der höchste Schmuck

des Hauses, eine öffentliche Anerkennung für besondere Verdienste um die Pflege dieser zu besitzen.

Die oberste ärztliche Behörde von Gheel ist der médecin inspecteur mit dem Wohnsitz in der Infirmerie. Seiner Verantwortung und Umsicht ist das ganze Wohl der Colonie anvertraut. Diese zerfällt in 4 Sectionen, deren jede einen eigenen Sectionsarzt und einen ambulanten Oberwärter (garde de section) hat. Dabei ein Chirurg für die ganze Colonie.

Die erste Section umfasst das geschlossene Dorf. In ihr sind die ruhigen Kranken der verschiedensten Formen von Seelenstörung verpflegt. Man trifft dort heilbare und unheilbare Melancholiker, Maniakalische, Blödsinnige, kurz alle Formen des Irreseins.

Die zweite Section begreift die dem Dorfe zunächst gelegenen Weiler in sich. Hier sind weniger ruhige Kranke verpflegt, deren Zustand specielle Sorge und häufige ärztliche Besuche nöthig macht.

In der dritten Section (den entfernteren Weilern) wohnen die Unreinlichen, habituell Aufgeregten, ferner die Idioten und Paralytischen.

Die virrte Section, möglichst entfernt vom Bach und allem Gewässer, ist für die Pflege der Epileptischen bestimmt.

In einer Gruppe ganz entfernter Weiler auf der Haide ist das Quartier der Gewaltthätigen, Tobenden, Gefährlichen und die Schicklichkeit verletzenden Kranken (s. g. Winkeloms-heide mit dem „Teufelshaus“).

Die passende Vertheilung der neuangekommenen, einige Zeit der Beobachtung in der Infirmerie unterworfenen Kranken, ist die schwierige Aufgabe des Director *Bulckens*, der er mit grosser Umsicht zu entsprechen weiss.

Unter den 600 — 700 Nourriciers giebt es wieder eine Menge Specialisten; der eine hat eine grosse Vorliebe für Idioten, der andere hat durch musterhafte Rein-

lichkeit sich als treuer Pfleger siecher und unreinlicher Kranken bewährt, ein dritter ist geeignet, begehrliche, störrische Kranke in Ordnung zu halten.

Dr. *Bulckens* kennt alle seine Leute und weiss so gut seine Auswahl zu treffen, dass nur selten eine Versetzung nöthig wird.

Bei der Vertheilung der Kranken sind aber nicht blos die localen und persönlichen Verhältnisse des Nourriciers maassgebend, sondern auch wesentlich die Eigenthümlichkeiten, das Verhalten des Kranken, sein Stand und seine Bildung.

Gebildete Kranke werden gern bei den Patriziern und Gebildeten des Ortes untergebracht, unter denen ich einige recht nette Leute kennen lernte. Professionisten werden von Handwerkern übernommen, Ackersleute von Bauern und Pächtern.

Der Grad der Ruhe des Kranken und das Bedürfniss, das er für therapeutische Zwecke darbietet, entscheidet über die Unterbringung in einer der betreffenden Zonen oder Sectionen. Die Physiognomie der Colonie gewinnt durch die Vertheilung ein ganz eigenthümliches Gepräge in ihren einzelnen Theilen.

Im Hauptdorf sieht man Kranke aus besseren Ständen, auf Strassen, öffentlichen Plätzen und in Wirthslocalen. Im Quartier der Idioten, diese unglücklichen Wesen mit den Kindern ihrer Nourriciers spielend auf der Strasse, in der Section der Querulanten und Störenden erkennt man die wohlbekannten Typen gewisser Abtheilungen unserer Irrenhäuser.

Von hohem psychiatrischem Interesse ist das Quartier der Thunichtgute und gefährlichen Kranken, in dem sich besonders ein Haus, „das Teufelshaus", durch seine Insassen auszeichnet. Der Besitzer ein anspruchsloser, aber intelligenter und thatkräftiger Bauer, nimmt hier seit langer Zeit die gefährlichsten Kranken auf. Das

Haus steht einsam auf der Haide; Torfcultur, Wiesenbau, ökonomische Arbeiten sind die Beschäftigungsmittel der Kranken, deren schon viele durch die Bemühungen und das ungewöhnliche Talent des Bauern zu psychischer Behandlung in ruhige und brauchbare Arbeiter verwandelt worden sind.

Als ich das Teufelshaus sah, sah es friedlich darin aus; ein periodisch Tobsüchtiger mit grosser Reizbarkeit machte seinem Bewegungsdrang durch gewaltiges Dreschen in der Tenne Luft, einige Andere waren mit Wasserholen beschäftigt, die Kinder des Hauses spielten sorglos auf dem Gang.

Ich sah einen der Kranken, der durch den Umgang mit einem der Kinder aus einem finstern verschlossenen Menschen zu einem brauchbaren Arbeiter und gefügigen Hausgenossen umgewandelt worden war, und an dem Kinde mit grosser Liebe und Zärtlichkeit hing.

In der Regel finden sich nur 2, höchstens 3 Kranke in einem Hause und man ist darauf bedacht, die Geschlechter möglichst von einander zu sondern, doch traf ich auch vielfach männliche und weibliche Kranke beisammen in derselben Familie, natürlich mit passender Auswahl. Nur einmal ist bis zum Jahre 1860 ein Fall von Schwängerung einer Geisteskranken vorgekommen, die mangelnde Aufsicht des Nourriciers wird in solchen Fällen schwer bestraft. Ich sah die Kranke, welche in der Colonie schwanger geworden war, eine Blödsinnige, die über den Vater ihres Kindes keine Auskunft geben konnte. Die Strafe des N. bestand in der sofortigen Versetzung der Kranken in ein anderes Haus und der Auslöschung der Familie, bei der der Vorfall sich ereignet hatte, aus der Liste der Nourriciers für alle Zeiten, eine harte Strafe, da sie in Gheel den Betreffenden fast ehrlos macht.

Diebstähle, Gewaltthaten, Brandstiftungen u. s. w.

kommen in der Colonie sehr selten vor, was um so merkwürdiger ist, als ich fast überall den Kranken den Zugang zu gefährlichen Werkzeugen und zum Feuer ermöglicht fand.

Auch Entweichungen sind verhältnissmässig selten. Der Grund dafür ist ausser dem Wohlbefinden, dessen die Kranken sich zu erfreuen haben, ein esprit du corps der Gemeinde, deren jeder Bewohner die Kranken kennt, und es für Ehrensache hält, sie vor Schaden zu bewahren und zu behüten. Kommt ein Kranker nur in ein fremdes Quartier, so wird er schon angehalten, jeder Bewohner ist sein Wärter und dient der grossen Idee des Ganzen. Erwähnung verdient auch, dass vom Jahre 1855—1866 nur 4 Selbstmorde in der Colonie vorkamen. Trotz der von der ganzen Gemeinde geübten Ueberwachung, bewegen sich die Kranken übrigens frei und behaglich.

Einzelne haben freie Bewegung in der ganzen Colonie, Andere betheiligen sich mit besonderer Erlaubniss des Directors an öffentlichen Vergnügungen, Bällen und Concerten; ein deutscher Landsmann, ein Weimaraner, ist guter Musiker und leitet ein ganz annehmbares Orchester. Ruhige Verrückte und zwei Paralytiker sah ich allein auf der Strasse oder am Billard im Wirthshaus. Viele Kranke gehen allein oder mit der Familie ihres Pflegers auf die Arbeit oder auch spazieren, der Sonntag vereinigt über 300 Kranke in der Kirche der heiligen Dymphne zu gemeinsamer Andachtsübung.

Die Zeit der jährlichen Wallfahrt im Mai bringt die Besuche zahlreicher früher genesener Kranker; religiöse Feste, häusliche kleine Vergnügungen bilden eine angenehme Zerstreuung selbst für arme Kranke.

In wohlhabenden Häusern sah ich auch Klaviere zur freien Benutzung der Pfleglinge.

Kleine Geschenke an Esswaaren, Spielereien u. s. w.

werden an sich besonders auszeichnende Kranke von der Direction vertheilt.

Bezüglich der Verpflegungskosten sind alle Kranken zunächst in zwei Klassen geschieden, nämlich die der Pensionaires und der Armen.

Der Pensionspreis für die Ersten beträgt 500 bis 3,000 Frcs., je nach den Ansprüchen und Bedürfnissen der Kranken. Sie sind meist bei wohlhabenden Familien des Hauptdorfes untergebracht, und die Verpflegung, das Ameublement u. s. w. sind äusserst preiswürdig.

In dieser Klasse sind viele Ausländer, darunter manche aus sehr gebildetem Stande.

Für die Klasse der Armen wird dem Pfleger die tägliche Summe von 72 Centimes per Kopf vergütet; ist der Kranke unreinlich, zerstörend, paralytisch oder epileptisch, so steigt der Verpflegungssatz auf täglich 82 Centimes. Dafür muss der Pfleger ein eigenes Schlafgemach, ein reinliches Bett mit Leinen und Strohsack und die Kost liefern. In neuerer Zeit bemüht sich die Direction, Alles nach einer Norm einzurichten, und hat bereits angefangen, eiserne Bettstellen einzuführen und zu liefern, die der Nourricier in Terminen abbezahlt.

Nur die Leibwäsche des Kranken und seine Kleidung stellt die Direction, die Reinigung und Instandhaltung liegt dem Pfleger ob.

Ueberall traf ich eine musterhafte Reinlichkeit und Ordnung, die selbst einer Anstalt Ehre gemacht hätte. Nicht unerwähnt kann ich das offene, ehrliche Entgegenkommen der Leute lassen, die mit der grössten Bereitwilligkeit mir über Alles Auskunft gaben, und mich Bett, Kisten und Kasten durchprüfen liessen.

Die Kost theilt der Nourricier mit seinem Pflegling. Sie ist einfach, aber kräftig und gut bereitet.

Die Schlafzimmer der Kranken liegen meist parterre, haben eine vorgeschriebene Grösse und Höhe, sind luftig

und hell. Nur Krankenwohnungen, die precäre Kranke Nachts beherbergen, haben Nachtriegel an der Thüre und ein einfaches Eisengitter vor dem Fenster.

An der Verpflegungssumme für die unbemittelten Kranken verdient der Nourricier fast gar nichts, nur die Arbeit, die der Kranke ihm möglicherweise leistet, entschädigt ihn für die Opfer, die seine Menschenliebe ihn bringen lässt.

Um so grösser ist die Freude der bescheidenen Landleute, wenn die Behörde ihnen eine öffentliche Belobung oder eine kleine Gratification zukommen lässt.

Ein so grosser und complicirter Mechanismus bedarf einer gründlichen Aufsicht und Ueberwachung, wenn auch der von Hause aus wohlwollende und gutherzige Charakter der Bevölkerung Excesse und Ungehörigkeiten nicht so leicht erwarten lässt.

Ueber die Nourriciers führt Dr. *Bulckens* eine Liste und kennt sie alle persönlich. Jeder Nourricier muss, ehe er einen Kranken aufnehmen darf, eine Concession vom Staate haben, die natürlich nur an ganz Zuverlässige ertheilt wird. Ueber das, was er zu leisten hat, besteht ein Tarif, und mit der Uebergabe eines Kranken an einen Nourricier verbindet die Direction die Zustellung eines Büchleins, in dem das Nationale des Kranken, besondere Eigenthümlichkeiten und Bedürfnisse, sowie ein detaillirtes Verzeichniss der von ihm mitgebrachten Gegenstände enthalten ist.

In der Controle und Beaufsichtigung der Pfleger und der Pfleglinge unterstützen den Director 4 gardes de section und 4 Sectionsärzte.

Eine wichtige und dankenswerthe Rolle in dem schwierigen System der ärztlichen Ueberwachung der Colonie spielen die gardes de section, Männer von einiger Bildung und erprobter Redlichkeit und Berufstreue.

Jedem ist eine Section von etwa 200 Kranken an-

vertraut, die er täglich zu begehen, die Bedürfnisse, Wünsche der Kranken zu ermitteln, ihren Zustand und die Art der Behandlung zu controliren und die Beobachtungen der Familie des Nourricier über den anvertrauten Kranken entgegenzunehmen hat. Ausserdem besorgen die gardes die Polizei auf den Strassen und wachen darüber, dass keine Ruhestörung bei öffentlichen Festen und Feierlichkeiten von Seiten der Kranken vorkommt. Täglich Morgens vor Antritt der Visite versammeln sie sich in der Infirmerie, erstatten dem Director Bericht über Alles, was in ihrer Section sich ereignet hat, und nehmen seine Befehle entgegen. Der Gehalt dieser wichtigen Factoren des grossen Mechanismus ist ein äusserst bescheidener und beträgt nur 600 Frcs.

Den ärztlichen Dienst ihrer betreffenden Section besorgen die 4 Aerzte der Colonie. Sie sind gehalten, so oft als möglich die Kranken ihrer Abtheilung zu besuchen, die hygienische Pflege, die Beschäftigung der Kranken und die Art und Weise ihrer psychischen Behandlung, etwaige Zwangsmaassregeln zu bestimmen, und in intercurrirenden Krankheiten die Behandlung zu leiten. Binnen drei Monaten muss der Arzt alle Kranken seiner Section wenigstens einmal besucht haben; als Controle für seine Besuche trägt er seinen Namen und das Datum des Besuchs in das vorhin erwähnte Buch des Kranken jeweils ein. Bemerkt der Nourricier am Pflegling Zeichen eines Unwohlseins, so hat er unverweilt dem Arzte die Anzeige zu machen, der dann thunlichst bald den Kranken aufsucht und behandelt. Einer medicamentösen Behandlung der Psychose sind nur die Kranken im Asyl unterworfen, die grosse Mehrzahl der Pfleglinge wird nur einem diätetischen Regime, passender Beschäftigung und psychischer Einwirkung unterstellt.

In wichtigen Fällen referiren die Aerzte dem Director unverzüglich, sonst nur alle paar Tage; alle 3 Mo-

nate muss jeder Arzt einen detaillirten Bericht über alle Vorkommnisse in seiner Section dem médecin inspecteur abliefern, der von diesem an's Ministerium gesandt wird.

Die 4 Aerzte sind zugleich die einzigen Aerzte von Gheel und theilen sich in eine Bevölkerung von 12,000 Seelen. Sie sind somit von den nicht irren Kranken sehr in Anspruch genommen, und zudem *qua* Irrenärzte schlecht besoldet (600 Frs. jährlich), somit auf die gesunde Bevölkerung zur Gewinnung ihres Lebensunterhaltes angewiesen. Hierin liegt meines Erachtens ein Missstand von Gheel, und es scheint mir die ärztliche Besorgung und Pflege der Irren nicht ausreichend, und mehr den Oberwärtern, die allerdings tüchtige Laien sind, überlassen.

Es liesse sich dem übrigens leicht durch Ansiedelung von weiteren Aerzten und Besserstellung der eigentlichen Irrenärzte abhelfen.

Ausser den Rapporten der ambulanten Oberwärter und der Aerzte vergewissert sich Dr. *Bulckens* durch fortgesetzte Excursionen von dem Stande der Colonie und dem Befinden der ihm anvertrauten Pfleglinge. In wichtigen Angelegenheiten kommt der Nourricier auch zu ihm, um sich Raths zu erholen und ihn von wichtigen Veränderungen im Befinden der Kranken zu benachrichtigen.

Die ausserordentlichen Leistungen des verdienten médecin inspecteur lohnt die Regierung mit der bescheidenen Summe von 4,000 Frcs.

Etwaige nöthige Versetzung eines Pfleglings in die Anstalt, oder seine Unterbringung bei einem anderen Nourricier ordnet der Director an und beauftragt den betreffenden Garde de section mit dem Vollzug. Solcher Wechsel der Wohnung ist nicht selten ein ärztliches Mittel, um störende und nicht gut thuende Kranke zu pacificiren, und bei seiner grossen Kenntniss der Verhält-

nisse gelingt es dem Director meistens, selbst Kranke, deren Belassung in der Colonie unmöglich schien, durch fortgesetzte Verpflegungsversuche bei verschiedenen Nourriciers endlich zu tauglichen Pfleglingen zu machen. Ganz untraitable Kranke kommen in's Quartier der Tobsüchtigen, oder zum Psychiater in's Teufelshaus, aus dem sie nicht selten ganz manierlich hervorgehen. Von Zwangsmitteln sah ich fast gar nichts, einige Stühle für unreinliche Kranke und einige Ledergurte für beständig fortdrängende abgerechnet, sowie einige Fussriemen. Die Zahl der im Jahre 1859 verpflegten Kranken, bei denen noch Jacken und Gürtel zur Anwendung kamen, betrug 68 unter 800 Kranken, sie hat sich seither ansehnlich vermindert. Mit Erfolg bedient sich *B.* gewisser Disciplinarstrafen, wie der zeitweisen Isolirung im Quartier der Unruhigen oder in der Infirmerie, der Entziehung gewisser Genüsse und Prärogative und des Besuchs des Gottesdienstes.

Ich habe aus meiner Brieftasche das mitgetheilt, was ich unmittelbar an Ort und Stelle vorurtheilsfrei beobachtet zu haben glaubte. Es seien mir nur noch einige kurze Bemerkungen über Gheel und seine Bedeutung für das Irrenwesen gestattet:

Gheel hat nichts Aehnliches oder Gleiches auf der Welt und kann nicht gut mit einer anderen psychiatrischen Institution verglichen werden. Ich kann keinen Vergleich ziehen zwischen dem System, wie es eine Irrenanstalt bietet, und dem familialen Gheel's; nur soviel weiss ich, dass es die Kranken Gheel's so gut haben, wie viele Bewohner guter Irrenanstalten, und besser, als viele schlechter, dass ferner in Gheel mit Wenigem Grosses geleistet wird, und dass ich viele Anstaltsirre kenne, die in Gheel sich ebenso behaglich fühlen würden, als da, wo sie jetzt sind.

Dass Gheel auch für die Genesung psychisch Gestörter ein passender Ort ist, beweist die steigende und erhebliche Zahl der Genesungsfälle. Viele Kranke befinden sich jedenfalls in adäquateren Verhältnissen dort, als in einer Anstalt, viele werden nicht verwöhnt, wie in Anstalten, die schliesslich zu einer *therapia expulsiva* mit zweifelhaftem Erfolg zu greifen sich genöthigt sieht, und für gewisse weibliche Kranke, für die die Anstalt bald ein Reiz wird, wüsste ich keinen besseren Aufenthaltsort, als Gheel. Davon, dass selbst Paralytische und Epileptische dort verpflegt werden können, habe ich mich zur Genüge überzeugen können. Ebenso glaube ich aber auch, dass viele Kranke Gheel's in einer humanen und gut geleiteten Anstalt das bischen Freiheit, das sie weniger in dieser hätten, durch eine bessere Beachtung und wenigstens symptomatische Linderung ihrer Leiden reichlich aufgewogen sehen würden und manche Indication für die Heilung in einer Anstalt besser zu erfüllen wäre. Dafür könnte in Gheel durch fast ausschliessliche Verwendung der dortigen Aerzte für die Irrenbevölkerung mehr geschehen, ein Tadel, der aber das System nicht treffen kann, das Gheel vertritt, und leicht zum Schweigen zu bringen wäre.

Einen Vorzug kann man aber Gheel vor den Anstalten nicht streitig machen, nämlich, dass es verhältnissmässig Grosses mit Wenigem leistet und der Aufwand für die Kranken ein bei weitem geringerer ist, ohne der Humanität den geringsten Eintrag zu thun. Darin lässt sich vielleicht von Gheel etwas lernen, und was dabei gelernt wird, kann für die Leiter des Irrenwesens nicht unwichtig werden in Staaten, deren Steuerkraft immer mehr von nichts weniger als humanen Zwecken in Anspruch genommen wird, während doch die Irrenpflege allenthalben immer grössere Anforderungen an die Staatsmittel macht.

Ich will damit nicht den geringsten Vorwurf den Anstalten machen: sie sind unentbehrlich, und erst Gheel ist durch seine Anstalt das geworden, was es jetzt leistet, und für die meisten frischen Fälle werde ich immer die besteingerichteten Anstalten nöthig finden, aber leider besteht eine grosse Anzahl von Anstaltsbewohnern aus gewissen psychischen Invaliden, deren Loos wohl gebessert, deren geistiges Leben vor gänzlichem Zerfall noch lange bewahrt werden kann, die aber, da menschliche Hülfe ihnen geistige Gesundheit nicht mehr verschaffen kann, meist zeitlebens der Anstalt, der sie in einem hoffnungsvolleren Stadium ihres Leidens übergeben wurden, nur zur Last fallen.

Auch für solche arme Kranke wünschen wir Anstalten, und zwar recht gute; aber leider kommt die doctrinaire Humanität hier in fatalen Conflict mit der Wirklichkeit, und der Staat will und kann vielleicht schliesslich nicht leisten, was jene von ihm verlangen möchte. Was da zu thun, ist die brennende Frage des Tages in allen irrenärztlichen und Verwaltungskreisen, und die Lösung ist noch nicht endgültig gefunden, obwohl heilbare Kranke und deshalb wichtige humane Interessen darunter nothleiden.

Es kann hier der Ort nicht sein, die oft abenteuerlichen Vorschläge, die von verschiedenen Seiten zur Colonisirung der Irren gemacht wurden, anzuführen und zu beleuchten; nur eine Ueberzeugung möchte ich aussprechen, dass der Besuch von Gheel eine merkwürdige psychiatrische Studie eines beachtenswerthen Originals in der wahren Bedeutung des Wortes ist, dass aber dem Künstler bald Farben und Pinsel ausgehen würden, wenn er eine Copie davon machen wollte. Die Unmöglichkeit der Gründung eines zweiten Gheel liegt auf der Hand. Fast jeder Gheeler ist ein geborener Irrenwärter, in dessen Familie die Irrenbehandlung traditionär ist, wie

in gewissen Familien ein bestimmtes Gewerbe, eine bestimmte Kunst, und tief verschmolzen mit dem religiösen Bewusstsein der Bevölkerung. Was Jahrhunderte langsam aus sich heraus entwickelten, kann die Kunst nicht plötzlich schaffen, und alle Hoffnungen, dies zu erreichen, sind eitle Utopien. Ich glaube, dass diese Ansicht von der Mehrzahl der Fachgenossen, welche Gheel besucht haben, getheilt wird. Damit ist aber die Frage noch nicht abgethan. Es handelt sich nicht allein um die Möglichkeit oder Unmöglichkeit einer Nachahmung von Gheel, sondern um die Werthschätzung des dort üblichen Systems der Irrenpflege, nämlich des familialen. Die Irrenpflege wird dieses System nie entbehren können, immer werden die Anstalten eine grössere Zahl von Kranken, die keine Heilobjecte mehr und sonst nicht störend sind, den Familien oder Gemeinden zur weiteren Pflege zurückgeben müssen. Wir haben in Baden von diesem System der Localversorgung recht günstigen Erfolg und verdanken ihm die Möglichkeit, dass die Heilanstalt fortdauernd für frische heilbare Kranke ihre Pforten öffnen kann. Ich glaube, dass Gheel zu einer möglichst umfangreichen Ausführung dieses in anderen Ländern wenig geübten Systems ermuthigt, aber es passt sicher nur für chronische resp. meist unheilbare Kranke und kann nur in den seltensten Fällen auf frische heilbare Kranke ausgedehnt werden, deren familiale Behandlung, sei es auch in Gheel oder in einer fremden Familie, die Heilanstalt nie wird ersetzen können, vorausgesetzt freilich, dass die Heilanstalt ein familiales Leben hat und nicht eine blosse Kaserne oder klinische Abtheilung eines Krankenhauses ist; damit aber das Gheeler familiale System für Pflegezwecke unheilbarer Kranken Erspriessliches leiste, muss die Localversorgung auch umsichtig gehandhabt und ärztlich überwacht werden. Dank der edlen Fürsorge der Directoren unserer

Landesanstalten und unserer Regierung steht der der Localversorgung übergebene Kranke fortdauernd unter der Aufsicht der Orts- und Sanitätsbehörden, die der Direction der Anstalt von Zeit zu Zeit über das Befinden des Kranken Bericht erstatten müssen. Manchem Missstand wird dadurch vorgebeugt, manche Localverpflegung möglich gemacht. Aber es fehlt unserer familialen Versorgung noch das, wodurch Gheel erst zu seiner Bedeutung gelangt ist, nämlich der médecin inspecteur, der durch Rundreisen sich vom Stande der Irrenversorgung überzeugen, und durch Belehrung der Ortsbehörden, durch Abstellung von kleinen Missständen, die oft die locale Verpflegung erschweren, viel wirken könnte. Wir glauben, dass durch Creirung einer derartigen Stelle, die einer der Directoren der Landesanstalten einnehmen könnte und direct der obersten Behörde des Landes zu unterstellen wäre, die Vervollkommnung eines Systems erreicht würde, das schon viel geleistet hat und in manchem Nachbarland nachgeahmt werden könnte.

Aber es giebt eine grössere Anzahl von unheilbaren Kranken in den Anstalten, deren Localversorgung durch den Mangel der Familie, den Unverstand und das Uebelwollen der Gemeindebehörden, eine flagrante Unthat, deren sich der Kranke zu Hause schuldig machte, oder weil sein Wahn durch häusliche Verhältnisse wieder wachgerufen und unterhalten wird, unmöglich ist.

Wäre es nicht möglich, eine Anzahl älterer Wärter zu gewinnen, die etwa in einem Dorfe in der Nähe der Anstalt sich niederliessen, verheiratheten und subventionirt von der Regierung, den Kern für eine Generation von Nourriciers abgäben, die anfangs eine bescheidene, später eine grössere Anzahl derartiger Kranker in familiale Pflege nähmen, und gleichsam unter den Mauern der Anstalt und unter beständiger Aufsicht des Directors

derselben in kleinen Dimensionen und in modificirter Form das zu erreichen suchen, was Gheel leistet.

Die Idee ist nicht neu und schon längst von einem um's Irrenwesen hochverdienten Mann *(Roller)* ausgegangen. Sie wurde im Kleinen versucht, aber wieder verlassen. Ich möchte sie nochmals der Prüfung unterworfen wissen, und bei der Hoffnung, dass ausser den genannten Kategorieen von Kranken auch solche, für die die Anstalt ein Reiz bildet, gewisse periodisch Tobsüchtige in den Zwischenzeiten ihrer Paroxysmen, Epileptiker und Alkoholisten u. a. m. mit Erfolg ein Asyl finden könnten. Es ist selbstverständlich, dass damit kein eigenes der Irrenpflege der Anstalten gleichwerthiges (familiales) System, sondern nur ein Aushülfemittel für die Uebervölkerung der Asyle angestrebt werden soll; auch dürfte dieser Vorschlag je nach den örtlichen Verhältnissen entsprechende Modificationen erfahren. (Gründung einer eigenen Colonie oder Benutzung eines an das Asyl angrenzenden Dorfes? u. s. w.). Das sind die einzigen Resultate, die ich aus einem Besuch von Gheel bei vorurtheilsfreier Prüfung zu gewinnen vermochte. Möchten sie, wenn auch noch so unbedeutend, zu neuer Prüfung und zum Besuch des merkwürdigen Irrendorfes anregen.

Zur Pathogenese der Psychosen.

Von

Dr. **Schüle**,

Hülfsarzt in Illenau.

Die Würdigung der somatischen Seite in den als Psychosen bezeichneten Krankheitszuständen, die Erkenntniss der pathogenetischen Beziehungen, in welche jene zu Nerven- und Hirnkrankheiten gesetzt werden dürfen, muss unzweifelhaft als ein epochemachender Fortschritt in der psychiatrischen Disciplin betrachtet werden. Mit dieser Erkenntniss ist die Schranke zwischen der letztern und der übrigen Medicin gefallen, und wenn auch die psychischen Krankheitssymptome immer ein specielles Forschungsgebiet ausmachen, so ist doch andererseits kein Zweifel, dass die pathologisch-anatomische so wie die klinische Seite wiederum das gemeinsame Verknüpfungs-Element mit den gewöhnlichen Neurosen und Cerebral-Krankheiten darstellt, so dass für diese wie für die Geistesstörungen dieselben Forschungswege gelten, und praktisch sich die Errungenschaften aus einem auf das andere Gebiet übertragen lassen.

Gleichwohl ist längst erkannt worden, dass mit dem Namen Hirnkrankheit nur eben der allgemeinste Ausdruck für jene Symptomengruppe, deren vorwaltendes die gestörten psychischen Functionen sind, gegeben ist.

Vergleicht man weiter die beiden durch jene Auffassung gegebenen Untersuchungswege, so waren die oft so kärglichen Ergebnisse der Autopsieen am wenigsten geeignet unsere Einsicht weiter zu fördern; im Gegentheil dienten sie, da sich immer mehr unlösbare Widersprüche häuften, zu der Erkenntniss, dass das pathologisch-anatomische Element gegenüber dem klinisch-physiologischen für jetzt noch wenigstens in Hintergrund zu stellen sei, wenn eine möglichst umfassende und mit unseren seitherigen Kenntnissen direct verknüpfbare Betrachtungsweise der Psychosen unternommen werden sollte. Dadurch war der genetischen Forschungsmethode vor Allem eine Hauptbedeutung gesichert.

Schon ziemlich alt ist die auf diesem Wege gewonnene Auffassung der Psychosen als idiopathische und sympathische Cerebral-Affectionen. So richtig an sich die ihr zu Grunde liegenden Beboachtungen sind, so schliesst sie doch viele Unsicherheit der Diagnose und damit auch der Therapie ein. Aber nie darf der mächtige Fortschritt verkannt werden, der in der Erkenntniss liegt, dass viele mit psychischen Störungen complicirte Hirn-Affectionen nur Theil-Erscheinungen eines Krankheitsganzen sind, dessen wesentlichster Heerd und Ausgangspunkt nicht central, sondern peripher gelegen ist. Wir erinnern hier nur an die secundären Veränderungen der Blutbeschaffenheit nach chronischen Darmcatarrhen, an die so sehr häufigen Anaemieen nach Uterinleiden.

Und doch blieb bei all diesen Untersuchungen und allen nach dieser Richtung unternommenen ärztlichen Verfahrungsweisen unberücksichtigt, dass — von der Annahme der Verknüpfung der seelischen Aeusserungen mit dem Gesammt-Nervensystem ausgehend — in den peripheren Bahnen des letzteren ein Element liegt, das an gewissen psychischen Processen nicht blos Antheil nimmt, sondern denselben

wesentlich zugehört, dessen Functionen denen des direct psychischen Central-Organs durchaus associirt sein müssen, wenn jene Processe überhaupt zu Stande kommen sollen. Suchen wir diese Thatsache aus einem klinischen Beispiele etwas näher zu begründen.

Wenn der Melancholiker seine Klagen von Verlorensein, Verdammtsein vorbringt, wenn er bald finster in sich verschlossen, bald ruhelos fortdrängend auf die furchtbare Angst hinweist, die ihn quält und verfolgt, so liegen in diesen Angaben, speciell in diesen krankhaften Vorstellungen, den wahnhaften Apperceptionen, die dadurch vermittelt werden, die Zeichen einer gestörten Denkthätigkeit, mithin eines kranken Gehirns. Fragen wir aber den Patienten jetzt genauer: wo denn die Angst sitze, wo der böse Geist ihn quäle?, so wird in der überwiegend grossen Mehrzahl der Fälle der Kranke noch einen specielleren Ort am oder im Körper bezeichnen können, wo es ihn drücke, von wo aus es ihn so forttreibe. Untersucht man sodann diesen angegebenen Punkt genauer, so entspricht er allermeist dem anatomischen Verlaufs- resp. Durchtrittspunkt eines sensibeln Nerven. Am häufigsten — besonders in Depressionszuständen — wird so das Epigastrium als Sitz der Angst bezeichnet, oft verlegt der Kranke auch „das Herz, das ihn so drückt" in die Axillarlinie, wo er meist sogar noch einen genaueren Intercostalpunkt anzugeben weiss; in anderen Fällen liegt die Betheiligung der sensiblen Bahn in den Angaben des Kranken noch directer zu Tage, indem er geradezu davon spricht, wie „die Angst" von dem Brustbein bis zum Rücken hin ihn einschnüre und quäle.

Berücksichtigt man nun das weitere Verhalten des Kranken, so gehört eine nur etwas eingehendere Beobachtung dazu, um jedesmal, so oft die psychischen (d. h. cerebralen) Symptome hervortreten, eben

so unmittelbar auch jene körperlichen (d. h. peripheren) Gefühle nachzuweisen.

Erweitern wir nun zur Prüfung unserer Beobachtung unser pathologisches Gebiet, so ist der Untersucher erstaunt über die ausserordentlich grosse Häufigkeit, mit der ihm periphere Sensibilitätsstörungen an Geisteskranken zu Tage treten. Dies war auch im Allgemeinen längst schon anerkannt, nur hatte man die „Theile" zu sehr gesondert untersucht, ohne dabei tiefer auf das „geistige Band" zwischen diesen und dem kranken Centralorgan zu achten. Gerade aber dieses „geistige Band" ist es, welches auch bei unserer erweiterten Umschau immer wieder psychische Function mit peripherer Sensibilitäts-Anomalie, und diese mit jener verknüpft, welches uns in dem eben sich einleitenden Paroxysmus wie in der Prävalenz der einfachen Wahnvorstellung oder in dem psychischen Banne einer krankhaften Gemüthsrichtung — neben und mit der centralen Reihe immer auch wieder die periphere Association resp. dasselbe Schema des Zusammenwirkens unserer beiden Krankheits-Elemente aufzeigt. Ja, an diesem pathogenetischen Typus sehen wir selbst die klinische Variation der peripheren sensibeln Affection Nichts ändern, insofern — gleichviel ob diese durch eine Neuralgie, oder durch eine Myodynie, durch viele oder wenige Schmerzpunkte repräsentirt ist — das allgemeine Factum constant bleibt: dass so oft die centralen psychischen Symptome auftreten, sie auch regelmässig von jenen peripheren — und umgekehrt — begleitet sind.

Wenn man nun diese Constanz des stets gemeinsamen Auftretens auch noch nicht für hinreichend erachten sollte, zugleich die nosologische Zusammengehörigkeit beider zu beweisen, so drängt sich die letztere doch zur unabweisbaren Annahme, wenn man dem Verhältniss beider Symptomengruppen noch eine

eingehendere Aufmerksamkeit schenkt. Die gegenseitige Solidarität wird nämlich sofort ersichtlich, so wie wir entweder das centrale Glied (meist ein bestimmter Wahn-Kern mit den zugehörigen Gefühlen und Strebungen) oder das periphere, d. h. die Sensibilitätsstörung getrennt für sich ansprechen. Das erste geschieht sehr leicht durch Gemüthsbewegungen, oder durch das absichtliche Einleiten der Wahnvorstellungen: das letztere findet spontan bei jeder eingreifendern sonstigen somatischen Indisposition, bei Frauen am gewöhnlichsten im Gefolge der *Menses*, statt. Im einen wie im anderen Falle nun, ob wir central oder peripher reizen, bekommen wir nicht die direct angesprochene Symptomengruppe allein, sondern immer beide: mit der schmerzlichen oder freudigen Wahnvorstellungsreihe, mit dem einfachen inhaltslosen Angstparoxysmus treten die peripheren Gefühle —, mit diesen sofort auch die centralen Vorgänge ein. Umgekehrt: gelingt es nur das eine Glied auszulösen, so tritt auch das andere mehr oder weniger schnell in den Hintergrund.

Auf diese erweiterten, wir möchten sagen: experimentell-beweiskräftigen Thatsachen von Jahre lang wiederholten und besonders auch aus den Schilderungen der Kranken selbst bestätigten Beobachtungen hin wird aber jetzt der Schluss gerechtfertigt sein: dass beide Elemente zusammengehören, dass sie integrirende Glieder Eines Krankheitsprocesses sind. Die Genese des letzteren wird darnach für eine gewisse (und thatsächlich sehr grosse) Gruppe von Geistesstörungen in die solidarische Erregung des Central- resp. direct psychischen Organs und einer zu diesem peripheren sensiblen Nervenbahn zu setzen, und so die betreffende Psychosen-Reihe klinisch als centroperiphere Neurosen im obigen Sinne aufzufassen sein.

Dieser periphere Factor nun, der ausser nach der

Richtung der sensiblen Bahn auch noch in den mit der letztern organisch sich verknüpfenden motorischen und vasomotorischen*) Richtungen sich verfolgen lässt, kann nun selbst wieder aufs Mannigfachste im klinischen Bilde variiren. Wir haben seitdem blos einfache Sensibilitätsstörungen, d. h. Affectionen discreter sensibler Bahnen angenommen; statt deren kann nun aber auch ein ganzes afficirtes Körperorgan mit seinen zugehörigen sensibeln Nerven in die Kette eintreten. Sehr oft fungirt in dieser Eigenschaft der chronisch entzündete Uterus mit den primär und secundär von demselben ausgehenden Sensibilitäts-Anomalieen, der katarrhalisch afficirte Magen- und Darmkanal mit den betreffenden Nervenbahnen, ja wir finden, wenn wir den vollständigen Entwickelungsgang der Psychose aus der Neurose heraus in's Auge fassen, nicht blos die durch selbstständige körperliche Affectionen, sondern ebenso auch den durch frühere krankhafte psychische Gewohnheiten geschaffenen *locus minoris resistentiae* in der oben entwickelten Weise in den centroperipheren *circulus* eingeschlossen.

In dieser Erweiterung greift aber der von uns geschilderte Modus der Genese in alle Theile des Psychosen-Gebiets ein. So können wirklich auch die bezüglichen idiopathischen Hirnkrankheiten dauernd oder vorübergehend in unser eben entwickeltes pathogenetisches Schema einschlagen, und einen centroperipheren Symptomen-Complex aufzeigen; vor Allem jedoch ist die grosse Reihe der sogenannten sympathischen Hirn-Affectionen hierherzurechnen und unter diesen wieder stellen gerade die frischesten, unmittelbar aus der Neurose entstandenen Psychosen-Fälle den geschilderten nosologischen Typus

*) Die eben in *Virchow's* Archiv (Septbr. Hft.) erschienenen Experimental-Untersuchungen von *Nothnagel* sind hiefür beachtenswerth



am deutlichsten vor. Ja, wir möchten in Bezug auf letztere sogar sagen, dass mit der Ausbildung des in gleicher Weise vom centralen wie vom peripheren Ende auslösbaren *Circulus vitiosus* eben das Charakteristische der Geistesstörung gegeben ist. Wie in der Association der beiden Factoren (womit wir collectiv das afficirte Central-Organ und die periphere sensible Bahn bezeichnen wollen) die organische Nothwendigkeit für das Zustandekommen des betreffenden seelischen Processes überhaupt, so liegt in eben demselben Mechanismus auch der psychische Zwang und in diesem das für die Psychose charakteristische Moment, denn sowie der periphere Factor erregt wird, so muss der Kranke in der und der Weise fühlen, muss er in der und der Weise krankhaft appercipiren, falsche Urtheile und Schlüsse bilden.

Dass diese Auffassung des peripheren Elements in einer Psychose eine von der Eingangs betonten wesentlich verschiedene ist, darf nach dem Vorausgegangenen wohl nicht erst noch hervorgehoben werden. Während es sich dort einfach dabei um ein organisches Glied im somatischen Krankheitsprocess handelte, haben wir jetzt ein organisch-psychisches im peripheren Elemente gefunden, gleichwerthig dem centralen, insofern die directen Functionen beider in ihrer Association geradezu den Psychosenprocess darstellen. —

Verf. erlaubte sich im Vorhergehenden diese pathogenetischen Grundzüge auf Grundlage seines vor Kurzem erschienenen Schriftchens: „Die *Dysphrenia neuralgica*, Karlsruhe 1867“ nochmals übersichtlich zusammenzustellen. Obwohl das genannte Schriftchen selbst darin sich nicht abschliesst, insofern es noch eine speciellere klinische Darlegung derjenigen natürlichen Psy-

chosen-Gruppe, deren peripherer Factor im obigen Sinne durch Neuralgieen repräsentirt ist, bezweckt, so glaubte Verf. doch die allgemeinere Geltung des besprochenen pathogenetischen Princips hier nochmals betonen und besonders hervorheben zu müssen. Der vorliegende Aufsatz ist in diesem Sinne eine vollständigere und zusammenhängendere Ausführung des namentlich in der Vorrede des genannten Schriftchens vertretenen Standpunktes, worauf zugleich verwiesen wird.

Bericht über die Versammlung deutscher Irrenärzte zu Heppenheim

im September 1867.

An der Versammlung nahmen Theil ausser des Ministerpräsidenten Herrn Frhrn. *von Dalwigk* Excellenz, dem Geheimen Staatsrath Hrn. *Franck*, dem Provinzialdirector Hrn. *von Willich*, folgende Herren Collegen:

Dr. *Besser*, Director des Asyles Pütschen bei Bonn;
Dr. *Brosius*, Director der Privat-Irrenanstalt zu Bendorf;
Dr. *Dick*, Director der Kreis-Irrenanstalt zu Klingenmünster;
Dr. *Fischer*, Geh. Hofrath u. Director der Irrenanstalt zu Pforzheim;
Dr. *Focke*, pract. Arzt zu Coblenz;
Dr. *Frank*, pract. Arzt zu Gross-Umstadt;
Dr. *Germont*, pract. Arzt zu Seligenstadt;
Dr. *Graeser*, Medic.-Rath u. Director der Irrenanstalt zu Eichberg;
Dr. *Griesinger*, Geh.-Rath Prof. u. dirig. Arzt der Irrenabtheilung der Charité zu Berlin;
Dr. *Güntz*, Director der Privat-Irrenanstalt Thonberg;
Dr. *Gutsch*, Med.-R. u. dirig. Arzt des Zellengefängnisses zu Bruchsal;
Dr. *Hagen*, Prof. u. Director der Kreis-Irrenanstalt zu Erlangen;
Dr. *Hansen* u. Dr. *Henningsen*, Assistenzärzte der Irrenanstalt zu Schleswig;
Dr. *Herzog*, Arzt an der Irrenanstalt in Petersburg;
Dr. *H. Hoffmann*, Director der Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.;
Dr. *C. K. Hoffmann*, Assistent der Irrenanstalt zu Meerenberg;
Dr. *Huppert*, erster Hülfsarzt an der Irrenanstalt zu Colditz;
Dr. *Jessen*, Prof. u. Director der Priv-Irrenanstalt Hornheim;
Dr. *Kirn*, Hülfsarzt der Heil- und Pflegeanstalt Illenau;
Dr. *Köppe*, Director der Provinzial-Irrenanstalt zu Halle;
Dr. *Kussmaul*, Professor der Medicin in Freiburg i. Br.;
Dr *H. Laehr*, San.-Rath u. Director des Asyles Schweizerhof;
Dr. *Leidesdorf*, Prof. u. Director der Priv.-Irrenanstalt zu Wien;
Dr. *Liebmann*, Director der Irrenanstalt zu Hildburghausen;

Dr. *Lorent*, pract. Arzt zu Bremen;
Dr. *Lotz*, Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Frankfurt;
Dr. *Ludwig*, Director der Irrenanstalt zu Heppenheim;
Dr. *Nasse*, Geh.-R. u. Director der Prov.-Irrenanstalt zu Siegburg;
Dr. *L. Meyer*, Prof. u. Director der Prov.-Irrenanstalt zu Göttingen;
Dr. *Ribstein*, Hülfsarzt des Zellengefängnisses zu Bruchsal;
Dr. *Rinecker*, Prof. u. Vorstand der Irrenabtheilung im Juliushospital zu Würzburg;
Dr. *Roller*, Geh.-Rath u. Director der Heil- und Pflegeanstalt Illenau;
Dr. *E. Salomon*, Director der Irrenanstalt zu Malmö (Schweden);
Dr. W. *Sander*, Assistent der Irrenabtheil. der Charité in Berlin;
Dr. *Schüle*, Hülfsarzt der Heil- und Pflegeanstalt Illenau;
Dr. *Sehrt*, erster Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Hofheim;
Dr. *Solbrig*, Hofrath Prof. u. Direct. d. Kreis-Irrenanstalt zu München;
Dr. *Spamer*, Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Hofheim;
Dr. *Spielmann*. pract. Arzt zu Tetschen a. d. Elbe;
Dr. *F. Stein*, Director der Priv.-Irrenanstalt zu Petersburg;
Dr. *Stolz*, Director der Irrenanstalt zu Hall in Tyrol;
Dr. *Vorster*, Sanitätsr. u. Direct. d. Prov.-Irrenanstalt zu Lengerich;
Dr. *Weil*, Kreisarzt in Bensheim;
Dr. *Werle*, Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Heppenheim;
Dr. *Westphal*, Docent und Assistenzarzt der Irrenabtheilung der Charité zu Berlin;
Dr. *v. Zeller*, Geh.-Rath u. Director der Irrenanstalt zu Winnenthal.

Protokoll vom 16. September. — Eröffnung der Versammlung durch den stellvertretenden Präsidenten des Vereins, Professor Dr. *Jessen*; Begrüssung der Versammlung durch des Herrn Ministerpräsidenten Frhrn. *von Dalwigk* Excellenz; Dank für diese Theilnahme durch Prof. *Jessen*. Aufforderung an Dr. *Spamer* aus Hofheim, als 2ter Secretär einzutreten.

Ansprache an die Versammlung von Seiten des Präsidenten, eingeleitet durch einen Brief *Flemming's*. Mittheilung, dass der Verein seit seiner letzten Versammlung 2 Mitglieder, *Damerow* und *Albers*, durch den Tod verloren habe. Aufforderung des Präsidenten und Beschluss der Versammlung, durch ein Telegramm *Flemming* das Bedauern über seine Abwesenheit mitzutheilen. Aufforderung von Dr. *Dick* und Beschluss der Versammlung, dem Dr. *Gudden* die Theilnahme der Versammlung an den betrübenden Ereignissen in seiner Anstalt auszusprechen und durch Erhebung von den Sitzen das Zeichen einer Erinnerungsfeier zu geben für die in Werneck verunglückten Collegen.

Mittheilung, dass die Präsenzliste und die Vereinsliste zur Unterschrift ausliegen, ebenso zur Vertheilung gedruckte Vorlagen von *Roller* und *Jessen* in Betreff der Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten, von *Flemming* Corollarien, betreffend das Verhältniss der Lebensversicherungsanstalten zu den geisteskranken Selbstmördern, und die Hildesheimer Thesen zur gerichtlichen Psychiatrie. —

Nach Verlesen der Statuten wird von dem Präsidenten darauf aufmerksam gemacht, dass 2 Mitglieder des Vorstandes, *Flemming* und *Solbrig*, ausscheiden und am Schlusse der nächsten Sitzung durch Wahl zu ergänzen sind. Folgt der Vortrag:

Ueber die pathologisch-anatomische Grundlage der allgemeinen Paralyse. Von Dr. *H. Schüle*, Hülfsarzt in Illenau.

Der überaus reiche Inhalt des Thema's erfordert vor Allem strenge Umgrenzung, und drängt bei der Würdigung des pathologischen Befundes im Allgemeinen vor Allem nach der Entscheidung, ob es specifische Läsionen sind, die unserer Krankheit zukommen. Aus der letzten Rücksicht können deshalb auch Sectionsbefunde an den Schädelknochen, an der *Dura mater* nur einleitend erwähnt werden. Die Verdickungen des Schädeldaches mit allgemeiner und partieller Hyperostose, wie letztere gar schön in den aufgelagerten Osteophyt-Inselchen längs des *Sinus longitudinalis* hervortritt, sodann die Verdickungen der *Dura mater* mit Kalkablagerung in die Bindegewebsfibrillen, wie sie *Löwenhardt* beschrieb, und vor Allem die so hochwichtigen pacchymeningitischen Processe: — All' dies sind gewiss hoch zu würdigende Sectionsresultate, die der epikritischen Beurtheilung der innern Hirnbefunde durchaus ergänzend angereiht werden müssen — aber das specifische Krankheits-Substrat liegt nicht in ihnen.

Unser Hauptinteresse concentrirt sich deshalb auf das Hirn selbst und dessen nächste Umhüllung, die Hirnhäute.

Ich berühre nur die neuere historische Seite unserer Frage, wenn ich darauf hinweise, wie seit *Duchek*, der wie *Bayle* den Hauptvorgang in die Hirnhäute verlegte, durch *Rokitansky's*, *Ludwig Meyer's*, *Calmeil's*, *Tigges* und *Meschede's* Arbeiten, denen in den jüngsten Wochen nochmals eine von *Ludwig Meyer* sich anschloss, das Hauptgewicht bald den Häuten, bald wieder der *Corticalis*, bald beiden gemeinsam, in neuerer Zeit durch *Westphal's* Arbeiten auch dem Rückenmark zugewendet wurde.

Seit *Rokitansky's* epochemachender Entdeckung über die Bindegewebswucherungen im Nervensystem um die Mitte des vorigen

Decenniums war dem Mikroskop die Hauptentscheidung in unserer Frage zugewiesen worden. Mit Hülfe derselben hatte auch *L. Meyer* 1859 seine vom klinischen Standpunkte aus gewonnene Anschauung von „einer chronischen, zeitweise zur acuten sich steigernden *Meningitis* als Basis der allgemeinen Paralyse“ durch einschlagende Beobachtungen nachgewiesen. Auf den gleichen Forschungswegen hat *Calmeil* in seinem 1859 erschienenen Werke „sur les maladies inflammatoires du cerveau“ die Paralyse als eine „inflammation des meninges et de la substance périphérique“, die im Verlauf auch in die tiefen Hirnschichten längs der Gefässe herabsteige, charakterisirt. Die vielfachen Veränderungen der kleinen Gefässe in der allgemeinen Paralyse waren durch *Wedl's* Arbeiten genauer erforscht worden. — Da brachen sich im Anfange des gegenwärtigen Decenniums zwei neue Anschauungen Platz, die die mikroskopische Aufmerksamkeit mehr den Veränderungen der Ganglien der *Corticalis* als der *Neuroglia* zuzuwenden bemüht waren. Mehr vermittelnd noch zu den früheren Anschauungen hatte *Tigges* neben einer eigenthümlichen Wucherung der bindegewebigen Elemente vor Allem eine Kernvermehrung mit nachherigem Zerfall in den Ganglien betont. Noch entschiedener trat diese Auffassung in den mikroskopischen Arbeiten von *Meschede* hervor, der in einer irritativen Anschwellung mit nachher fettigem Zerfall der Ganglien geradezu das Wesentliche unsers Processes erblickt, und den letztern als parenchymatöse Entzündung gegenüber der von *Rokitansky* vertretenen interstitiellen Entzündung auffasst.

Dieser Anschauungsweise entgegen trat Anfangs d. J. Professor *Ludwig Meyer* im medicinischen Centralblatt nochmals mit neuen Untersuchungen hervor. Wenn ich die Resultate derselben zum Mittelpunkte meines heutigen Referats mache, so geschieht es deshalb, weil ich dieselben im weitesten Umfange nach meinen eigenen ausgedehnten Untersuchungen bestätigen kann. Indem ich die Ergebnisse aus diesen letzteren, soweit dieselben einer sorgsam von mir wiederholten Prüfung Stand hielten, Ihnen hier in bündiger Zusammenfassung vorführe, hoffe ich mein Thema zur Anknüpfung der später nöthigen umfassenderen Betrachtungen am entsprechendsten einzuleiten.

1. Die *Pia mater* erscheint in weitaus den meisten Fällen mehr oder weniger stark getrübt und verdickt. Die Trübung ist eine eigenthümliche: entgegen der weisslich sehnigen Trübung längs der grössern Gefässe, wie bei Potatoren oder Greisen, ist sie nach *Meyer's* treffender Beschreibung in unserm Falle diffus, gelblich-grau und bedeckt gleichmässig die Vorderlappen des Hirns, deren ein-

zelne Windungen durch sie hindurch nicht unterscheidbar sind. Diese verwaschene Farbe wird an einzelnen Stellen, zwar nicht immer, aber auch in nicht so seltenen Fällen, durch liniengrosse, gelbweisse, zerstreute Fleckchen durchsprengt, die meist fest an der unterliegenden *Corticalis* ankleben. Sehr häufig löst sich die *Pia* überhaupt nur mit Haftenbleiben von *Corticalis*-Fetzen ab. In der Flüssigkeit, die sich dabei entleert, findet sich Zellendetritus und Körnchenzellen. — Untersucht man die weisslich-grauen Trübungen mikroskopisch, so erstaunt man über die ungeheuer rege Zellenwucherung zwischen den Faserzügen; der rasche Proliferations-Vorgang aber wird durch Untersuchung der gelben Plaques, die ich eben anführte, noch deutlicher, in welch' letztern mir, übereinstimmend mit *Meyer*, das Mikroskop constant deutliche Eiterzellen in verschrumpften Häufchen oder fettiger Degeneration nachwies. Aber nicht allein in den gelben Plaques, sondern auch sonst da und dort in der verdickten *Pia* fand ich wiederholt vereinzelte solcher geschrumpften Eiterheerde, die makroskopisch nicht hervorgetreten waren.*)

2. Die *corticalis*. Ich berühre hier makroskopisch zuerst die so sehr häufige Atrophie der Windungen, ohne dieselbe jedoch als ein specifisches Sectionsergebniss für die Paralyse anzusprechen. Parallel dem Grade der Atrophie geht die Grösse des Hydrocephalus. Charakteristischer schon ist die Farbe der *Corticalis*. Zunächst ist die Zeichnung der drei Schichten verwischt, und zwar entweder so, dass die äusserste graulich und wie sagoartig gequollen aussieht, und sich dadurch von der inneren Schichte — der Markstreifen fehlt beinahe immer — scharf abhebt; die innere Schichte selbst ist dabei verschmälert graulich oder graugelblich; oder aber die äusserste Schichte tritt nicht in gesonderter Zeichnung hervor, sondern die ganze *Corticalis* repräsentirt ein eigenthümliches, trübes, mattes, zuweilen mit Rosa unterbrochenes Fahlgelb, wie es *Meschede* sehr gut beschrieben hat; die Consistenz erscheint selten weicher, viel häufiger derber, nach *Meschede*'s bezeichnendem Ausdruck sehr oft „lederartig filzig". Eine genauere Schilderung dieser in keiner anderen Hirnkrankheit meines Wissens zu beobachtenden, also für die Paralyse specifischen Colorit-Veränderung kann hier umgangen, wohl aber muss betont werden, dass es vor Allem gewisse Win-

---

*) Bekanntlich hat auf die relative Häufigkeit solch' grösserer makroskopischer Eiterablagerungen *Calmeil* aufmerksam gemacht, indem er darauf eine eigene Untergruppe seiner Périencéphalite chronique diffuse à l'état de complication gründet.



dungszüge der Hemisphären sind, an denen sie vorkommt, worüber unten mehr.

Die nächste Hauptsache ist nun auch hier wieder der mikroskopische Befund: — der Kernpunkt der Paralysefrage in anatomischer Beziehung. Gerade über diesen Punkt steht mir eine grössere Reihe eigener Untersuchungen zu Gebote, und zwar nach allen Präparationsmethoden und jeweils auch am frischen Präparate angestellt und von Gehirnen aus allen Stadien der Krankheit entnommen. Die daraus gewonnenen Resultate stimmen vollständig mit den neuern von *Ludwig Meyer* überein. In allen Fällen bis auf einen, dessen ich unten noch besonders gedenken werde, waren die Hirngefässe pathologisch verändert. Es zeigten sich die Wandungen derselben überaus kernreich, d. h. mit den bekannten ovalen, meist mit 1—2 Kernkörperchen versehenen Kernen besetzt. Besonders deutlich, wie dies von verschiedenen Beobachtern schon hervorgehoben wurde, ist die Kernwucherung an den Theilungsstellen der Gefässe, wo das von *Meyer* benannte „schwimmhautartige Vorrücken" zu den häufigsten mikroskopischen Bildern gehört. Aus diesem Wucherungsvorgange selbst gestalten sich nun die verschiedenartigsten weitern Veränderungen — zunächst an den Gefässen selbst. An den grössern geschieht nämlich die Wucherung nach aussen und nach innen. Durch die erstere entstehen dichte Zellennester, die die äussere Gefässwand sackartig ausdehnen, gleichsam loswühlen, durch die zweite eine Hervorwölbung der Innenwand, so dass das *Lumen* des Gefässes oft bis auf ein Minimum verengt wird. Die Bildung sack- und spindelartiger *Aneurysmata* schliesst sich daran an. Geht die Wucherung weiter, so führt sie zur Obliteration der Gefässe — ein sehr häufiges Vorkommniss. Nach der anderen Richtung reiht sich die Neubildung von Gefässauswüchsen daran an, bald blind endigende Knospen, bald permeable Capillaren bildend. Gerade in den früheren Stadien der Paralyse ist dieser Gefässneubildungsprocess ein überaus häufiger Vorgang, und die überreiche Vascularisirung des Gehirns vielleicht auch einmal klinisch-symptomatologisch für jene Krankheitszeit verwendbar. Aber mit dieser Gefässveränderung allein schliesst der mikroskopische Befund keineswegs ab. Von den mit Kernen incrustirten Gefässen lassen sich nämlich ganze Kernreihen in das benachbarte *Neuroglia*-Parenchym verfolgen. Besonders deutlich ist dies zwischen zwei parallel laufenden Gefässstämmchen oder Gefässbogen, wo das ganze von den Gefässen eingerahmte *Neuroglia*feld oft von solchen Kernen dicht gedrängt wimmelt. Sehr gewöhnlich sind mehrzeilige Reihen in das adnexe Parenchym zu verfolgen.

Ganz besonders reich gehen diese Zellenwucherungen von den kleinen *Pia*-Gefässen aus, die sich in die *Corticalis* einsenken. Ausser diesen begleitenden Zellennestern sind auch — besonders an den von der *Pia* unzertrennlichen *Corticalis*-Parthieen — feine Fortsätze der *Pia mater*-Fasern in das *Neuroglia*-Netzwerk wahrzunehmen, ein histologischer Zusammenhang, der in geringerm Grade nach *Stephany* auch normal vorkommt. — Die eben beschriebene üppige Zelleniucrustation mit Verdickung der Wandungen findet sich auch an den *Pia mater*-Gefässen, doch fehlen den letztern, gegenüber den *Corticalis*-Gefässen, die aneurysmatischen Erweiterungen, wie dies auch *L. Meyer* angiebt.

Das *Neuroglia*-Parenchym selbst zeigt eine weitere Reihe pathologischer Veränderungen. Bei der unendlichen Schwierigkeit des Untersuchungsgegenstandes bin ich mir der vielfachen Möglichkeit einer Täuschung und somit auch des Unsichern in meiner Behauptung bewusst, wenn ich für die *neuroglia* noch einen eigenen pathologischen Process in der Paralyse beanspruche — abgesehen von den Veränderungen, durch die von den Gefässen her sich absprossenden und in das interstitielle Parenchym sich einsenkenden Kernreihen. So viel mich nämlich eine grosse Reihe der verschiedenartigsten mikroskopischen Präparate zu lehren schien, kann die porös schwammige Textur der *Neuroglia* durch ein faserartiges Filzwerk ersetzt werden, das bald in welligem Verlaufe die *Corticalis* durchzieht, bald — und dies besonders in den äussersten Schichten — dieselbe gänzlich verdrängt. Diese Fasern liegen wirr durcheinander, gehen sehr oft radienartig von einem matt glänzenden Kern aus, sind durchgehends sehr zart, aber resistent. In Betreff des histologischen Ursprungs derselben habe ich lange über den verschiedensten Möglichkeiten gearbeitet, ohne vollständig in's Klare zu kommen. Präparate von stärkerer Erhärtung, die eine feinere Schnittführung und damit eine richtigere Beurtheilung erlauben, sind hiefür schon gar nicht zu benutzen. Ich wage deshalb hier blos eine muthmaassliche Aeusserung. Man sieht nämlich an weiter gediehenen paralytischen Gehirnen — und vorzugsweise solche zeigen die fibrilläre *Corticalis*-Degeneration — meist auf umschriebenen Stellen vertheilt das *Neuroglia*-Parenchym von einer gleichmässig feinkörnigen Textur, die sich selbst durch sehr starke Vergrösserungen nicht mehr in das normale Netzwerk auflösen lässt. Für eine grosse Reihe von Schnitten ist es nun evident, dass diese Körnchen den Querschnitten der eben besprochenen Fibrillen entsprechen; für andere dagegen ist ein solcher Zusammenhang nicht aufzufinden. Dagegen sieht man neben diesen feinkörnigen auch

wieder andere degenerirte Partieen von mehr homogenem, mattglänzendem Aussehen, zwischen dem theilweise noch das *Neuroglia*-Netzwerk nachweisbar ist. Vielleicht ist hiernach die Annahme gerechtfertigt, dass es sich in letzter Reihe um die Ausscheidung eines formlosen Bindegewebes in die Maschen des *Neuroglia*-Netzes handelt, welches später sich in Fibrillen zerspaltet. In dem allmählig eintretenden Schwunde der ursprünglichen Grundsubstanz durch die spätere Retraction dieser eingelagerten Fibrillen möchte ich sogar mit eine Hauptursache der Breite-Abnahme in der *Corticalis* hochatrophischer Windungen annehmen. — Gleichwohl scheint diese histologische Genese, selbst wenn sie sich zweifellos bestätigen liesse, keineswegs alle vorkommenden Fälle zu erschöpfen. Für eine gewisse Reihe von Fällen scheint nämlich die fibrilläre Umwandlung von den präexistirenden Fibrillen des *Neuroglia*-Netzwerks selbst auszugehen, also in strictem Sinne mehr ein parenchymatöser degenerativer Vorgang gegenüber dem vorigen interstitiellen. Ich werde eine einschlägige Beobachtung hierüber unten noch vorbringen. — Neben dieser fibrillären Metamorphose ist aber vor Allem der in den frühern Entwickelungsstadien der Krankheit so häufigen Vermehrung der bindegewebigen Kern-Elemente der *Glia* Erwähnung zu thun. In Gruppen und kleinen, durch spärliches *Protoplasma* getrennten Häufchen liegen die granulirten Kerne da und dort in grosser Häufigkeit im Parenchym zerstreut. Ob ihnen an dem gesättigten mikroskopischen Grundtone der sie umschliessenden *Neuroglia*-Parthieen, die wie verdichtet aussehen, der Antheil zukommt, den man nach *Besser*'s Darstellung aus *Virchow*'s Archiv vom vorigen Jahre annehmen sollte, wage ich nicht zu entscheiden.

Pigmenthäufchen, Fettkugeln, Amyloidkörper berühre ich hier blos, um ihr häufiges Vorkommen in der paralytischen *Corticalis* zu markiren. Relativ ziemlich häufig traf ich auch colloide Entartung, in einem Falle durch die ganze Dicke der *Corticalis* eines grossen Hemisphärentheils reichend, und dies hochgradiger noch, als es die bekannte Zeichnung in *Rokitansky*'s Lehrbuch darstellt. — Partielle Erweichungen des Parenchyms, auf die *Calmeil* in klinischer Beziehung grosses Gewicht legt, hängen gewiss sehr oft mit den Circulationsstörungen in Folge der besprochenen Gefässdegenerationen zusammen.

Was nun endlich das Verhalten der innersten *Corticalis*-Schichte, resp. der eigentlichen Ganglien betrifft, so stimmen meine Untersuchungen wiederum mit denen von *Meyer* überein. Die Zeichnungen, wie sie *Tigges* entwirft, konnte ich nie er-

halten; freilich habe ich auch nie zu den Untersuchungs-Präparaten wässerigen Alkohol anzuwenden gewagt. Vielleicht ist mir auch gerade das acute Stadium des Processes, für welches *Tigges* seine Kernvermehrung in den Ganglienzellen beansprucht, bei den mir zu Gebote gestandenen Fällen entgangen. Dagegen sah ich wiederholt Bilder, wie sie *Meschede* giebt, besonders Ganglienformen, die mit gelben, glänzenden Körperchen angefüllt und überfüllt erschienen; allein sie waren im Ganzen doch selten, und die Veränderungen gegenüber den constant vorkommenden und viel bedeutenderen an den Gefässen, der *Neuroglia* und den weichen Häuten so zurücktretend, dass ich mich nach meinen Untersuchungen für Annahme einer parenchymatösen Entzündung im Sinne *Meschede's* nicht entscheiden könnte. Turgescirende Zustände habe ich an denselben gleichfalls nicht wahrgenommen. — Ueberhaupt habe ich bei früheren Krankheitsstadien an den Ganglien Nichts entdecken können, bei weiter vorgeschrittener Krankheitsdauer fand ich an denselben nur die Zeichen der Decrepidität und des Schwundes, freilich auch wieder unter verschiedenen mikroskopischen Bildern, deren Schilderung hier aber zu weit führen würde.

So weit die pathologischen Veränderungen in der *Corticalis*, auf deren isolirte Erkrankung die klinischen Krankheitszeichen gerade von den neuesten Beobachtern wieder zurückzuführen versucht wurden. Dieser einseitigen Theorie entgegen hat nun *Ludwig Meyer*, freilich nicht zuerst, den weitern wichtigen Schritt gethan, auch die Marksubstanz der mikroskopischen Untersuchung zu unterziehen. Er kam dabei zu dem Resultate, „dass sämmtliche in der Rindensubstanz beobachtete Veränderungen auch in der Marksubstanz vorkommen." Meine Untersuchungen stehen hiermit völlig im Einklang, nur möchte ich den obigen Ausspruch noch dahin erweitern, dass auch wieder reichliche Kernwucherungen vom *Neuroglia*-Parenchym der Marklager selbst ausgehen. Interessant war mir in einem Falle, dass eine Reihe von Gefässen der Marksubstanz mit formlosem Gallertgewebe stellenweise überlagert waren, wie dies *Billroth* schon beschrieben hat. — Für das Vorkommen des geschilderten Processes sowohl an der *Neuroglia*, als an den Gefässen in noch tiefern Hirnschichten, wie im *Corpus striatum* und *Thalamus opticus* glaube ich mit *Meyer* gleichfalls einstehen zu können; desgleichen für die in sehr vielen Fällen noch weiter reichende Verbreitung desselben in die Hirn-Nerven, besonders in den *Opticus*.*)

*) Ueber diesen letztern Punkt stehen von einem meiner hiesigen Collegen demnächst zu erwartende genauere Mittheilungen bevor.

Diesem pathologischen Hirnbefunde reihen sich nun die vom *Westphal* hervorgehobenen Rückenmarks-Degenerationen an. Nachdem dieser Forscher die letztern anfänglich nur für eine gewisse, auch klinisch von ihm abgesonderte Gruppe von Paralytikern nachgewiesen hatte, nahm er dieselbe endlich für die ganze Klasse in Anspruch und vindicirt jetzt diesem Befunde allgemeine Geltung. Die Erkrankung besteht in einer *Myelitis* meist der Hinter-, doch auch oft der Seitenstränge, und lässt sich in einzelnen Fällen durch *Medulla oblongata* und *Pons* bis in die Hirnschenkel verfolgen. Meistens ist Verdickung und Trübung der die Hinterfläche des Marks überkleidenden *Pia* zugleich vorhanden. Die eben in *Virchow*'s Archiv erscheinende sehr eingehende Arbeit von *Westphal* ist noch nicht beendet; nach eigenen Untersuchungen, die aber erst eine kleinere Anzahl von Fällen umfassen, sind es vorzugsweise zwei pathologisch-histologische Processe, auf welche der mikroskopische Befund hinweist:

1) einfacher Schwund der Nervenröhren mit secundärer Wucherung der *Neuroglia*, und:
2) Auftreten von Körnchenzellen, wahrscheinlich aus primärer acuter Destruction der Zwischensubstanz, wie dies *Meschede* zuerst hervorgehoben hat.

Was aber die für uns hier wichtigere Frage nach der Bedeutung der Rückenmarks-Erkrankung zu unserem Krankheitsprocess im Allgemeinen betrifft, so glaube ich nach meinen Erfahrungen und den Arbeiten *Westphal's* immer sicherer der Anschauung beitreten zu können, wonach die *Myelitis* in den integrirenden pathologisch-anatomischen Befund in der Paralyse eingereiht werden muss.

Ein Rückblick auf die im Vorigen gewonnenen Resultate ergiebt uns in den besprochenen mikroskopischen Befunden die Anhaltspunkte zur anatomischen Diagnose. Diese wird *Encephalo-Myelitis* lauten müssen, in eine Wucherung der *Neuroglia* der wesentliche anatomische Charakter derselben, und in jene theils primär, theils mit von den bindegewebigen Scheiden der Hirngefässe ausgehend der chronische Entzündungs-Vorgang zu setzen sein. Für eine grosse Anzahl von Fällen, und, wie *Meyer* mit Recht hervorhebt, gerade für die am meisten charakteristischen — für die sogenannten klassischen Bilder — wird aber noch die *Meningitis chronica* in der besondern Modification, wie wir sie oben schilderten, mit in die Diagnose einzubeziehen sein.

Dies das zusammenfassende pathologisch-anatomische Schluss-

Resultat, das, wie ich glaube, nach der Zahl und Uebereinstimmung der Beobachtungen als ein, wenn auch erst vorläufiges, doch hinlänglich gesichertes Beobachtungs-Ergebniss für eine Gruppe unserer Paralyse in Anspruch genommen werden darf. Aber — vergessen wir es nicht — eben nur für e i n e Gruppe dieser weitschichtigen, an Formenreichthum vielleicht alle anderen Geistesstörungen übertreffenden Krankheitsklasse. Ob sich jene Diagnose resp. derselbe Befund direct auch auf die andern klinisch verschiedenen Untergruppen wird übertragen lassen, muss erst weitere Beobachtung lehren. Es ist dies zum wenigsten sehr fraglich, und die Bestätigung würde die Räthsel cerebralen Geschehens nur erhöhen. Aber wir vermögen den eben angeregten Zweifel auch noch durch die directe Beobachtung zu bestärken. In dem oben schon als Ausnahme angezogenen Falle war nämlich eine sehr intensive chronische *Meningitis* zugegen gewesen. Dagegen fehlte in der *Corticalis* die gewöhnliche interstitielle Kernvermehrung, die Gefässe waren spärlich, und nicht mit Kernen überlagert, und — was von besonderem Interesse ist — das Netzwerk der *Neuroglia* war auffallend dick und grobmaschig, die Balken der Maschen ungleichmässig knotig, und die Maschenräume selbst dadurch stellenweise verengt und unregelmässig. In dem betreffenden Falle war die hypochondrische Form der Paralyse klinisch vorhanden gewesen. Die Motilitätsstörungen waren gleich Anfangs sehr markirt und steigerten sich rasch zur hochgradigsten Ataxie aller willkürlichen Muskeln; nie intermittirten Tobsuchts-Anfälle, nie Convulsionen; es trat unter häufigen febrilen Erscheinungen, und zwar sehr rasch, ein tiefer Blödsinn ohne das charakteristische Grössen-Delirium ein. Dieser Fall bürgt meines Erachtens für d i e W a h r s c h e i n l i c h k e i t e i n e s v e r s c h i e d e n e n p a t h o l o g i s c h - a n a t o m i s c h e n B e f u n d e s i n d e n E i n z e l f ä l l e n d e r r e i c h e n K r a n k h e i t s k l a s s e. Es ist mir dabei höchst wahrscheinlich, d a s s g e w i s s e p a t h o l o g i s c h - a n a t o m i s c h e G r u n d z ü g e b l e i b e n, und es ist möglich, dass gerade in dem oben ausführlich entwickelten Bilde diese persistirenden wesentlichen Veränderungen enthalten sind, und es wird dann eben d i e C o m p l i c a t i o n d e r s e l b e n, d i e A u f e i n a n d e r f o l g e, d i e A u s b r e i t u n g d e r v e r s c h i e d e n e n p a t h o l o g i s c h - a n a t o m i s c h e n E i n z e l p r o c e s s e und aller Wahrscheinlichkeit nach auch d e r i n d i v i d u e l l e H i r n c h a r a k t e r, wenn anders dieser Ausdruck für die Bezeichnung der anthropologischen Disposition des Individuums zulässig ist, die dem Einzelfalle entsprechenden Modificationen im klinischen Bilde zu erklären haben. Man denke hierbei nur an die verschiedenen Modalitäten, unter denen sich eine

active Kernwucherung an den Gefässen entwickeln kann, je nachdem sie überwiegend zu Neubildungen von Gefässen und dadurch zur Blutbelebung vorher gefässarmer Hirnprovinzen führt, oder ob sie vorwiegend Obliteration der ergriffenen Bahnen zum Gefolge hat; man denke ferner an die verschiedenen Formen, unter denen sich eine Wucherung der *Neuroglia* entwickeln kann — Formen, die noch gar nicht entsprechend erforscht sind, und es wird auf der Basis der bisher erreichten pathologisch-anatomischen Resultate schon *a priori* die mannichfachste Modification des Einzelfalles zu erwarten sein.

Wenn aber die Möglichkeit einer solch' genauen mikroskopischen und höchst wahrscheinlich auch noch mikrochemischen Detailuntersuchung der enormen Schwierigkeit des Untersuchungsobjects halber voraussichtlich noch in die Ferne gerückt ist, so erscheint dagegen ein anderer Forschungsweg, der gewiss auch in die Nüancirung und Abtrennung der Einzelfälle Licht zu bringen geeignet ist, einstweilen viel leichter erreichbar. Es ist dies das genaue Studium des makroskopisch zu ermittelnden Krankheitsprocesses nach der Topographie der Windungen. Uns hat sich nämlich in dieser Richtung für eine überwiegend grosse Reihe von paralytischen Gehirnen ergeben, dass die *Meningitis* und die Atrophie der *Gyri* sich vorzugsweise auf die drei Stirnlappenwindungen erstreckt, regelmässig aber die Centrallappenwindungen ergreift und von da die oberste Scheitellappenwindung, sehr häufig auch noch die erste Temporalwindung in den Bereich zieht. Unter diesen Windungszügen sind wieder die beiden oberen Stirnlappenwindungen, sowie eine gewöhnlich 1" vom *Sinus longitudinalis* die Centrallappenwindungen quer durchziehende Stelle am meisten verschmälert und unter das Niveau der übrigen gesunken. Aber auch darunter finden sich wieder noch specieller afficirte Stellen, meist symmetrisch, doch auch oft nur einer Hemisphäre angehörig. Wenn man sich nun da zu einem bestimmten Princip der Localisirung entscheiden könnte — und die Arbeit von *Adolph Wagner* würde hierzu gewiss die beste Grundlage bieten dürfen — so wäre für die Einzelcharakteristik und fruchtbare Specialepikrise sicher schon Vieles erreicht.

Immer wieder wird sich aber dabei ein stets mächtigeres Desiderat einschalten, nämlich die endliche klinische Differenzirung der einzelnen Symptomengruppen in der Paralyse. Es ist dies längst gefühlt und auch schon zu erfüllen begonnen worden; wir nennen unter den Neuern besonders *Calmeil* in seinem 1859 erschienenen Werke; unter den Deutschen sind beinahe von Jedem der neuern Autoren in letzterer Richtung einschlägige

Versuche unternommen worden. *Calmeil* hat zehn klinische Untergruppen aufgestellt, und wenn auch die Schlüsse aus den beigegebenen Sectionsresultaten und mikroskopischen Befunden zum Theil etwas doctrinär lauten, so sind doch die typischen Symptomen-Bilder empirisch wahr; ja es lassen sich in einzelnen der angeschlossenen mikroskopischen Ergebnisse wirklich auch schon feinere anatomische Differenzen auffinden, die *Calmeil* allerdings nicht weiter verwerthet hat. Es genügt uns auf diese grosse Lücke unserer klinischen Symptomatologie hinzuweisen, mit deren Ergänzung auch unsere pathologisch - anatomische Erkenntniss eine mächtige Erweiterung und Sicherung erreichen wird. Dann werden auch die in der Literatur verzeichneten, von unserem eben aufgestellten Befunde zum grossen Theile abweichenden Sections-Ergebnisse: wie das Auftreten eines paralytischen Blödsinnes bei allgemeiner Hirn-Atherose oder Degeneration der Capillaren, wie dies von *Wedl* beschrieben ist, ihr Verständniss finden, vor Allem aber auch die frühern *Westphal*'schen Fälle, bei denen bei Rückenmarks-Degeneration ohne nachweisbare Hirnerkrankung unser Krankheitsbild aufzuzeigen war. Ich verweise zugleich hierbei auch auf die weitern Anhaltspunkte, die *Westphal* in dem erwähnten Aufsatz vom Jahre 1863 gerade für die eben angeregte klinische Frage gegeben hat.

Ich erlaube mir in Folgendem die Hauptresultate des Seitherigen zusammenzufassen:

1) Die specifisch pathologisch-anatomische Grundlage der allgemeinen Paralyse ist eine *Encephalo-Myelitis chronica*, in einer bestimmten typischen Untergruppe derselben noch mit einer *Meningitis chronica* complicirt.

2) Die *Meningitis chronica* charakterisirt sich makroskopisch durch eine gelblich-graue die betreffenden Hirnparthieen gleichmässig bedeckende Trübung, mikroskopisch durch bedeutende Zellenwucherung, die sehr häufig partiell sich zur Eiterbildung steigert.

3) Die *Encephalitis* besteht:

a in einer sehr reichlichen Wucherung der Gefässkerne nach innen und aussen, mit darauf folgender Neubildung von Gefässen, aneurysmatischer Degeneration einzelner Gefässparthieen, Obliteration und amyloider Degeneration von Gefässen;

b. in Vermehrung der dem Bindegewebe zugehörigen Kerne der *Neuroglia*, besonders um die Gefässe und mit den Kernwucherungen dieser sehr oft in Zusammenhang stehend; ausserdem geht auch die Intercellularsubstanz der *Neuroglia* eine andere Metamorphose ein, indem sie dichter und feinkörnig wird,

schliesslich auch von feinen Fibrillen durchsetzt erscheint, — eine Veränderung, die möglicherweise auf die Ausfüllung der Maschenräume der *Neuroglia* mit formlosem Bindegewebe, das später fibrillär zerfällt, zurückgeführt werden dürfte. Dieser Wucherungsprocess an den Gefässen und der Bindesubstanz erstreckt sich auch in das Markparenchym, in die Basal-Ganglien und in einzelne Hirn-Nerven.

Die *Myelitis* charakterisirt sich, soviel bis jetzt bekannt ist, in einfachem Schwund der Nervenröhren mit Kernvermehrung der *Neuroglia*, und im Auftreten von Körnchenzellen.*)

4) Die *Meningo-Encephalitis* erstreckt sich in einer grossen und gerade typischen Reihe von Fällen auf die Windungen des Stirnlappens, sodann auf diejenigen des Centrallappens und die oberste des Scheitellappens; sehr häufig ist auch die erste Windung des Temporal-Lappens mit in den Process gezogen. Immer sind dabei einzelne und zwar ziemlich constante Stellen noch näher bevorzugt. Die *Myelitis* betrifft die Hinter- und Seitenstränge, bald getrennt, bald miteinander, und lässt sich von unten nach oben, in einzelnen Fällen bis in die Hirnstiele verfolgen.

5) Für alle Fälle von dem als *Dementia paralytica* in Anspruch genommenen Symptomen-Complexe ist die Gleichheit des angegebenen pathologisch-anatomischen Befundes noch nicht festgestellt; es scheinen wohl die pathologisch-histologischen Grundveränderungen constant zu bleiben, die individuellen Modificationen aber in der Combination, der Entwicklungsrichtung und dem Entwicklungsgrade, sowie in der Grösse der Ausbreitung derselben begründet zu sein.**)

6) Diesem genauern Ausbau der pathologisch-anatomischen Grundlage der *Dementia paralytica* und zur sichern epikritischen Verwerthung muss eine klinische Scheidung und Fixirung der grossen Krankheitsklasse in einzelne Untergruppen voraufgehen. —

Eine Discussion schliesst sich nicht daran.

---

*) So nach meinen, allerdings nicht zahlreichen Beobachtungen; die eben erst erscheinenden genauern Untersuchungen *Westphal's* konnten zu obigem Vortrage nicht mehr benützt werden.

**) Vielleicht ist hier die von *Tigges* und *Meschede* urgirte „parenchymatöse Entzündung der *Corticalis*“ — falls sie sich bestätigen lässt — als einer bestimmten klinischen Untergruppe entsprechend einzureihen.



Corollarium*),
betreffend das Verhältniss der Lebens-Versicherungs-Anstalten zu den geisteskranken Selbstmördern.
Vom Geheimen Rathe Dr. *Flemming*.

1. Die Lebens-Versicherungs-Anstalten haben durchgängig in ihren Statuten die Bestimmung, dass Selbstmord des Versicherers den Nachgebliebenen das Recht auf die Hebung der Versicherungs-Summe entziehen soll.

2. Unter Selbstmord kann dabei nur die freiwillige eigenmächtige Vernichtung des eignen Lebens verstanden werden.

3. Personen, welche in Folge von Geistes- und Gemüthskrankheit unter dem Zwange eines krankhaften Triebes sich des Lebens berauben, können folglich als freiwillige Selbstmörder nicht betrachtet werden, eben so wenig wie diejenigen, welche im Verlaufe solcher Krankheit durch sogenannte Nahrungsverweigerung (Sitophobie) zu Grunde gehen oder die im Fieber-Delirium sich den Tod geben. Die eigene Lebensberaubung in Folge von Geistes- oder Gemüthsstörung muss daher als die, nicht durch den eigenen Willen, sondern nur durch äussere Gewalt zu hemmende, Wirkung eines an sich lethalen Krankheits-Symptoms angesehen werden.

4. Die Vernichtung des eigenen Lebens in Folge des in Begleitung von Geistes- und Gemüthsstörung auftretenden sogenannten Selbstmordtriebes kann folglich nicht das Recht auf Hebung der Versicherungssumme aufheben.

5. Zugänglich für das Anerkenntniss dieser Wahrheit haben die meisten Lebens-Versicherungs-Institute die Eingangs gedachte Bestimmung dahin modificirt, dass die Versicherer, welche nachweislich in Geistes- oder Gemüthskrankheit sich das Leben genommen haben, zwar dadurch das Recht auf die Versicherungssumme aufge-

*) Dies Corollarium hat der Unterzeichnete alsbald nützlich verwerthen können. Ein Bürger der nahen Kreisstadt verlor unerwartet sein ganzes Vermögen. Er wurde gemüthskrank und erhing sich. Nach dem Statut der Sterbekasse, in welche er eingeschrieben war. verlieren Selbstmörder ihren Antheil. Ich vertheilte an den Vorstand Exemplare dieses Corollarii, gab mündliche Erläuterung und derselbe bestimmte die Auszahlung der Gelder an die Hinterbliebenen, auf die Genehmigung der Regierung hoffend, der sie den Sachverhalt nebst einem Exemplar des Corollarii mittheilte. — Für ähnliche Fälle stehen Exemplare für gleichen Zweck noch zur Verfügung. *L.*

ben, während jedoch die sämmtlichen Einlagen, resp. ohne oder mit den Zinsen, zurückgezahlt werden.

6. Hierdurch erklären die in Rede stehenden Anstalten eine Versicherung für ungültig in dem Falle, dass der Versichernde das Unglück hat, in Geistesstörung zu verfallen und in Folge dieser Krankheit durch seine eigene Hand stirbt.

7. Diese Bestimmung enthält jedoch kein Zugeständniss, sondern schliesst eine Rechtsberaubung in sich, indem die Geistesstörung, als deren symptomatische Wirkung die eintretende Selbstentleibung angesehen werden muss, sich im Wesentlichen nicht von irgend einer anderen das Leben verkürzenden Krankheit unterscheidet.

8. Daher kann die Selbstentleibung in Folge von Geistes- oder Gemüthsstörung das durch die Lebens-Versicherung erworbene Recht auf die Versicherungssumme in keinem Falle aufheben, in welchem jene Krankheit als Veranlassung der Selbstentleibung nachgewiesen ist.

9. Die Weigerung, diese Consequenz anzuerkennen, wird von den in Rede stehenden Instituten gerechtfertigt: theils

a) durch Hinweisung auf die durch eine Anzahl von Aerzten vertretene Ansicht, dass jeder Selbstmord ohne Unterschied aus einer Verkehrung des Instinctes des Erhaltungstriebes, folglich aus einer krankhaften Verstimmung der Seele hervorgehe; theils, abgesehen von dieser Ansicht,

b) durch die in vielen Fällen eintretende Schwierigkeit des Beweises der Geistes- oder Gemüthskrankheit.

10. Anlangend die sub a. gedachte Ansicht, so lässt sie sich zwar leicht als eine irrthümliche erweisen, schon deshalb, weil dieselbe auch jeden, der auf das Gebot der edelsten Gemüthsregungen, der Pflicht, und bei ungetrübter Thätigkeit der Intelligenz sich einer augenscheinlichen oder selbst unvermeidlichen Lebensgefahr blossstellt, in die Rubrik der Geisteskranken stellen würde, was der Vernunft widerspricht. Ist indessen nicht zu läugnen, dass solche irrthümliche Ansicht auf die Beurtheilung der Thatsachen einen störenden Einfluss ausüben kann, so kann sie doch die Thatsachen selbst nicht ändern und verfälschen.

11. Es sind aber eben die Thatsachen, welche zur Erbringung des Beweises der Geisteskrankheit erforderlich sind und in den weitaus meisten Fällen dazu genügen.

12. Die Summe dieser Thatsachen bildet die Krankheitsgeschichte, welche in jedem Falle von Selbstentleibung, die aus Geistes- oder Gemüthskrankheit hervorgeht, dieses Urtheil begründen muss. Nur da, wo solche Thatsachen gänzlich fehlen oder nicht zu ermitteln

sind, bleibt der Fall wenigstens zweifelhaft und es kann keine Partei gehalten sein, dem Urtheile der Gegenpartei, welches in diesem Falle nur in die Kategorie der Vermuthungen fällt, sich anzuschliessen. Nur in solchem Falle kann das sub 5. erwähnte Zugeständniss einer Ungültigkeitserklärung der Lebens-Versicherung als Vergleichsmittel zulässig erscheinen.

13. Betreffs der Zusammenstellung der Thatsachen und ihrer Beurtheilung als Beweismittel für Geistes- oder Gemüthskrankheit ist auf die Autorität der Sachkenner, also der Aerzte, zu recurriren.

14. Insofern das von denselben abgegebene Urtheil der dadurch verpflichteten Partei (der Lebens-Versicherungs-Anstalt) entweder in seinen Grundlagen oder in seinen Schlussfolgerungen unverständlich oder unbefriedigend erscheint, steht es derselben zu, das betreffende Gutachten einem ärztlichen Superarbitrium zu unterstellen. Die Competenz der hiebei herangezogenen Behörde muss auf hinreichender psychiatrischer Kenntniss beruhen.

15. Diese Kenntniss schliesst das Anerkenntniss des durch die Erfahrung begründeten Axioms ein: dass die Ueberzeugung von der Unsittlichkeit des Angriffs auf das eigene Leben, und das Erkennen der Gefahr, die Hinterbliebenen der Versicherungssumme verlustig zu machen, die Existenz wirklicher Geisteskrankheit keineswegs und eben so wenig ausschliesst, als die Ueberzeugung des Kranken, dass er durch die Selbstentleibung seine Hinterbliebenen der grössten Betrübniss preisgeben würde.

16. Es ist ein dringendes Bedürfniss, dass die Gesetzgebung mit Unterscheidung der unter dem Zwange der Geistes- oder Gemüthskrankheit herbeigeführten von dem freiwilligen Selbstmorde die derselben entsprechenden auf die Lebens-Versicherung bezüglichen Verfügungen treffe.

Discussion.

Hofmann glaubt, dass die Thesen noch zu enge gefasst seien; seiner Ansicht nach seien die Gesellschaften blos dann nicht zur Auszahlung verpflichtet, wenn aus dem Selbstmorde deutlich die Absicht hervorgehe, die Versicherungssumme rascher zu erlangen, wenn der Selbstmord also der Gesellschaft gegenüber ein Betrug sei. Ferner glaubt er, dass noch die Trunksucht speciell zu erwähnen sein werde, es gäbe Gesellschaften, die daraus den Verlust der Versicherungs-Summe ableiten; dadurch würden Geisteskranke, die schon unter dem Einflusse der Krankheit sich dem Trunke ergeben, um die Versicherungs-Summe gebracht.

Zeller: Die Widerrechtlichkeiten, die in dieser Sache offenbar vorfallen, beruhen darauf, dass in der Psychiatrie durchaus noch

keine bestimmten Anschauungen über die Gleichartigkeit des *Delirium acutum* und *chronicum* herrschen.

Meyer (Ludw.): In England existiren mehrere Gesellschaften, die in dieser Frage einfach den Satz annehmen, dass die Versicherungs-Summe immer ausbezahlt werden soll, sobald nicht beim Selbstmorde die Absicht der rascheren Erlangung der Summe vorliegt. Von diesem Grundsatze ausgehend, haben sie einen zeitlichen Zwischenraum zwischen der Versicherung und dem Selbstmorde bestimmt, nach Ablauf dessen unbedingt ausbezahlt wird; eine solche Gesellschaft hat ein Jahr festgesetzt. Nach seiner Ansicht würde es am Besten sein, ein Exposé über diese Sache zu verfassen, in welchem man die Annahme eines gewissen Zeit-Zwischenraumes für das einzigrichtige Verfahren erkläre, und dieses Exposé einestheils den Versicherungs-Gesellschaften zuzuschicken, anderentheils es aber auch zu veröffentlichen, sowohl um dieser Ansicht allgemeinere Verbreitung zu verschaffen, wie auch um zu gleicher Zeit einen Druck auf die Gesellschaften nach dieser Richtung hin auszuüben. Zur weiteren Unterstützung dieses Druckes könne man dann auch zu gleicher Zeit erklären, dass man die Namen der Gesellschaften, welche sich die beregte Bestimmung zu eigen gemacht haben würden, veröffentlichen werde. Redner stellt schliesslich den Antrag, die Versammlung möge ein oder mehrere Mitglieder zur sofortigen Ausarbeitung eines solchen Exposé's und Vorlage desselben in der nächsten Versammlung bestimmen.

Dick: Trotzdem fast alle unsere deutschen Gesellschaften Todesarten festgesetzt hätten, die unbedingt den Verlust der Versicherungs-Summe involvirten, so zwinge sie doch oft das Interesse ihres Renommée's (resp. die Concurrenz) zu Ausnahmen. Redner führt solche Fälle an, wo selbst bedeutende Beträge an die Hinterlassenen von Selbstmördern ausbezahlt wurden. Dennoch sei es natürlich immer misslich, dass das Publicum in solchen Fällen der Loyalität der betr. Gesellschaften resp. ihren zufälligen Renommées-Interessen anheimgegeben sei, und er stimme deshalb im Wesentlichen dem *Meyer*'schen Antrag bei, wenn auch die Bestimmung eines solchen zeitlichen Zwischenraumes ihren Mangel habe, insofern dadurch wohl die Gesellschaft ihrerseits vor Betrug, nicht aber der Versicherte geschützt sei, der innerhalb dieses Zeitraumes geisteskrank werde und sich in Folge dessen das Leben nehme. Obwohl ferner das Verhältniss des Versicherten zur Gesellschaft das eines freiwilligen Vertrags sei, so glaube er doch auch, dass man das Interesse des Publicums in dieser Beziehung zu wahren berufen sei und sei er der Ansicht, dass man das Exposé nicht nur an die Ge-

sellschaften und an das Publicum, sondern zunächst auch an die Regierungen richten müsse, damit diese bei der Concession neuer Gesellschaften auf die Aufnahme dieser Bestimmungen in die Statuten sähen.

Meyer (*Ludw.*) bemerkt noch, dass die Fassung des Exposé's natürlich eine populäre sein müsse, da es doch immer auch hauptsächlich gelte, dem grossen Publicum die Sache klar zu machen.

Die Abstimmung ergiebt Annahme des *Meyer*'schen Antrags; die Abfassung des Exposé's wird einem durch den Präsidenten zu erwählenden Comité zur Vorlage für nächstes Jahr anheimgestellt.

Griesinger stellt den Antrag, die Versammlung möge die Erklärung abgeben, dass psychisch - forensische Gutachten nicht mehr nach Acten, sondern nur auf Grund persönlicher Untersuchung abgegeben werden sollen. Dieser Antrag fand insoweit Zustimmung, als gegen die Fassung von Seiten *Roller's*, *Solbrig's*, *Hofmann's* und *Zeller's* Bedenken erhoben wurden, dahin gehend, dass eine Autopsie weder immer Statt finden könne noch müsse. Schliesslich wird *Griesinger* beauftragt dem Antrage eine diese Bedenken berücksichtigende Fassung zu geben und in der morgenden Sitzung vorzulegen.

Professor *Ludwig Meyer* hielt einen Vortrag über eine von ihm in letzter Zeit mehrfach beobachtete Schädel-Missbildung, charakterisirt durch eine äusserst dürftige Entwickelung der *Squama ossis occipitis* und starkes Vorspringen der Stirnbeine, insbesondere der Stirnhöcker, nebst consecutiver abnormer Prominenz des Unterkiefers und starker Entwickelung des *Ligam. nuchae.*

Hofmann ladet die Anwesenden zur Betheiligung der Versammlung in Frankfurt ein und macht auf die neugebildete Section für öffentliche Gesundheitspflege aufmerksam, er überreicht die von derselben aufgestellten gedruckten Thesen.

Begrüssende Telegramme werden vorgelesen von den Collegen in Leubus, in Carthaus-Prüll, Werneck, Marsberg, Münsterlingen, Hildesheim, Zwiefalten, Sonnenstein.

Mittheilung, dass die morgende Versammlung um 9 Uhr eröffnet werden wird.

Schluss der Sitzung.

Dr. *Dick*. Dr. *Brosius*.
Dr. *Laehr*. Dr. *Spamer*.

Protokoll der Sitzung am 17. September. *Jessen* tritt für die heutige Sitzung an *Solbrig* den Vorsitz ab. Dieser eröffnet

die Sitzung mit der Mittheilung, dass ein begrüssendes Telegramm von Illenau eingegangen und dass die gestern beschlossenen abgeschickt seien.

Von *Zeller* werden Programme über die Heil- und Pflege-Anstalt für Schwachsinnige und Epileptische in Stetten bei Cannstatt zur Vertheilung vorgelegt.

Der gestrige Auftrag an *Griesinger*, seinen Antrag anders zu formuliren, wird in folgender Weise gelöst:

> Die Versammlung giebt die Erklärung ab, dass psychisch-forensische Gutachten, wo immer möglich, nicht allein nach Acten, sondern auch auf Grund geeigneter persönlicher Untersuchung abgegeben werden sollen.

Die befragte Versammlung stimmt dieser Form einstimmig zu.

Roller stellt den Antrag, dass die von einer Commission der Société médico-psychologique entworfenen Tabellen, sobald sie uns mitgetheilt sind, von dem Vorstande zur geeigneten weiteren Vorlage für die nächste Versammlung zukommen sollen, was nach kurzer Discussion die Billigung der Versammlung fand.

Darauf wurde die Discussion über die gestern vertheilte Vorlage (vergl. Heft 5. S. 642—60) betreffs der Aufnahme-Bestimmungen für Irrenanstalten eröffnet.*)

Roller erwähnt, dass der Beschluss der Hildesheimer Versammlung, allgemeine Grundsätze über Aufnahmebedingungen festzustellen, veranlasst worden sei durch Vorlage einer Verfügung der preussischen Regierung über diesen Punkt, welche ausserordentlich rigorose Bestimmungen enthielt. Die grosse Frage, fährt Redner fort, um die es sich eben hauptsächlich handele, sei die: sind zur Aufnahme bestimmte Vorschriften überhaupt nöthig, haben Behörden dabei mitzuwirken oder soll die Aufnahme eine ganz freie sein? Die Ver-

---

*) Es sei hierbei an die einfachen Aufnahmebedingungen in der Anstalt zu Königslutter (Ztschr. d. Jhrg. S. 385) erinnert. Dort findet die Aufnahme eines Kranken auf Ansuchen der Angehörigen, oder, wenn der Kranke unter Vormundschaft oder Curatel steht, auf Ansuchen des Vormundes oder Curators statt. Einzureichen sind: Heimathsschein, Geburtsschein, motivirtes ärztliches Gutachten, Verpflichtung zur regelmässigen Erstattung der Verpflegungskosten. Nach vor kurzem mit dem Director, Herrn Collegen *Hasse*, genommener Rücksprache haben sich bisher durch die Anwendung dieser einfachen Bestimmungen keinerlei Bedenken herausgestellt. Red.

treter der letzteren Ansicht sagten, ein Irrenhaus sei ein Spital, wie jedes andere und es liege kein Grund vor, es anders zu behandeln; die Vertreter der ersteren behaupteten dagegen, zum Schutze der Kranken sei allerdings eine Mitwirkung der Behörden nöthig. Seine (Redners) Ansicht sei die, dass zur Aufnahme nöthig seien: die Zustimmung der Angehörigen und eine ärztliche Krankengeschichte, dass aber in besonders dringenden Fällen auch ohne dies die Aufnahme bewerkstelligt und die Belege dann nachgebracht werden könnten.

Jessen bemerkt, dass er in den wenigen Paragraphen, in denen er Vorschläge in dieser Beziehung formulirt habe, wesentlich das habe hervorheben wollen, dass man, seiner Ansicht nach, einen Unterschied machen müsste, der seither noch nicht gemacht worden sei, nämlich einen Unterschied (rücksichtlich der Aufnahme) zwischen den Kranken, die freiwillig, auf eigenen Wunsch, in die Anstalten kommen und solchen, die wider ihren Willen dahin gebracht werden. In den ersteren Fällen, die auch entschieden die häufigsten seien, scheine ihm gar kein Grund für eine Einmischung der Behörden vorzuliegen und es müssten demnach besondere Aufnahme-Bestimmungen nur für die 2. Kategorie von Fällen getroffen werden.

Meyer (Ludwig) bestätigt zunächst die Erfahrung seines Vorredners, dass die meisten Kranken mit ihrem Willen in die Anstalten gebracht würden, aber es scheine ihm nicht rationell, auf diesen Willen so viel Gewicht zu legen, denn thue man es bei der Aufnahme, so müsse man es consequenterweise auch dann thun, wenn der Kranke später wieder seine Entlassung verlangt.

Jessen: In vielen Fällen werde man allerdings dies zu thun verpflichtet sein, für andere Fälle aber müsse Vorsorge getroffen werden und in Rücksicht auf solche habe er auch im 2ten und 3ten Paragraphen etwas Näheres bemerkt, nämlich, dass eine ärztliche Constatirung des psychischen Befindens vorgenommen werden solle. Redner erwähnt dann, wie es in seiner Anstalt mit den Aufnahmen gehalten werde und gehalten worden sei. Früher hätten nämlich gar keine Vorschriften darüber bestanden, jetzt sei er verpflichtet, jeden neuangekommenen Kranken zunächst dem Physikus und dann der vorgesetzten Behörde anzuzeigen. Für freiwillig Gekommene genüge dies, für Unfreiwillige aber müsse ein beglaubigtes ärztliches Attestat beigefügt werden. Ausserdem müsse der Physikus jährlich einmal die Anstalt besuchen und sich selbst überzeugen, dass die widerwillig Gekommenen auch wirklich geisteskrank seien. Diese

Bestimmungen hätten sich immer als vollkommen genügend und practisch erwiesen. Freilich seien sie für öffentliche Anstalten nicht anwendbar.

Meyer (*Ludwig*): Er stimme mit den Grundansichten des Vorredners wesentlich überein, er habe vorhin nur deshalb gegen die von demselben beantragte Unterscheidung gestimmt, weil er es bei dem Mangel von Aufnahme-Formalitäten nicht immer für thunlich halte, später dem Publicum oder auch dem malcontanten Kranken selbst gegenüber zu beweisen, dass derselbe freiwillig gekommen sei, wenn Kranker oder Publicum dann das Gegentheil behaupteten. Diesen Beweis aber könne man mit Aufnahme-Formalitäten stets führen.

Jessen glaubt, dass man den erwähnten Unannehmlichkeiten auf keine Weise ganz entgehen könne; dagegen führt er aber Fälle an, in welchen die Nothwendigkeit der Attest-Beibringung den Kranken sehr unangenehm sein könne.

Meyer (*Ludw.*) möchte statt der vorgeschlagenen Bestimmung eine solche aufgenommen haben, welche die Aufnahme mehr von dem Willen der Verwandten und dem Dafürhalten des Directors abhängig mache und weniger Gewicht auf den Willen des Kranken lege.

Leidesdorf ist doch der Ansicht, dass man für eine kleine Zahl von Fällen den Willen des Kranken als maassgebend für Aufnahme und Entlassung betrachten müsse. Er (Redner) führt ein Beispiel dafür an. In diesem angeführten Falle würden Aufnahme-Formalitäten, auch nur die Nothwendigkeit der amtlichen Anzeige um so peinlicher für den Kranken (der auf dem Wege zum Selbstmord umgekehrt war) gewesen sein, ja ihn sogar um so wahrscheinlicher von diesem Umkehren und dem Eintritte in die Anstalt gänzlich abgehalten haben, als er selbst in der Bewahrung des Geheimnisses seiner Familie gegenüber einen hohen Trost gefunden.

Meyer (*Ludw.*): Er wolle im Wesentlichen dasselbe wie Vorredner, nämlich, dass der Arzt immer den Zustand des Kranken berücksichtige und darnach über die Aufnahme bestimme; er streite nur dagegen, dass zuviel Gewicht auf eine Willensäusserung des Kranken gelegt werde. Er selbst nehme mitunter Kranke sofort, ohne alle Formalität, ja selbst ohne Kenntniss der Familie, auf (z. B. manche Kranke, die ihre Krankheit herannahen fühlen), aber er wolle eben, dass der Arzt das Recht habe, diese Fälle von anderen zu unterscheiden.

Dick: So lange der Kranke, der freiwillig gekommen, nicht auch jederzeit wieder gehen darf (und dagegen sei er entschieden),

so lange müsse ein Schutz der persönlichen Freiheit gesucht werden, der eben in den Aufnahme-Formalitäten liege. Ferner sei der Begriff „freiwillig" ziemlich dehnbar, die Kranken kämen oft s. g. freiwillig, weil sie wüssten, dass sie ihre Verbringung in eine Anstalt doch nicht hindern könnten. Ferner glaube er, da es sich doch darum handele, einen Aufnahmemodus zu finden, der auch für öffentliche Anstalten passe, dass man deshalb bei demselben nur die Mehrzahl der Fälle im Auge haben müsse.

Zeller führt an, wie er es mit solchen freiwillig gekommenen Kranken hält, deren er oft eine grössere Anzahl in der Anstalt zusammen gehabt habe. Erstens nämlich verlangt er bei der Aufnahme derselben auch die Einwilligung der Familie und zweitens sagt er ihnen sofort, dass sie sich mit dem Eintritte in die Anstalt ihres freien Willens vollkommen begäben, und macht dies zur Bedingung ihrer Aufnahme. Mit diesem Verfahren sei er immer sehr gut ausgekommen.

Stein stimmt der Ansicht des Vorredners, dass der Arzt einen freiwillg gekommenen Kranken unter Umständen zurückhalten könne und müsse, vollständig bei; der Arzt müsse nachher über ihn verfügen können, schon deshalb, weil der Zweck der Anstalten nicht nur der der Heilung sei, sondern auch der, die Gesellschaft vor gewissen Geisteskranken zu schützen.

Hieran knüpft sich eine kurze Discussion zwischen *Zeller* und *Stein* darüber, ob und inwieweit man den Geisteskranken freien Willen und Selbstbestimmungsrecht vindiciren könne, von der aber, als nicht zur Sache gehörig, bald Abstand genommen wird.

Dick erwähnt noch einen Punkt, den *Leidesdorf* vorhin in die Debatte gezogen habe, nämlich das Geheimniss. Er erklärt, dass wir Psychiater dies Geheimniss gar nicht kennen, dass es unserer unwürdig sei, die Vorurtheile gegen die Anstalten, die sich darin aussprechen, zu unterstützen. Aber auch abgesehen von dieser Principienfrage werde die Bewahrung des Geheimnisses in grösseren Anstalten auch zur Unmöglichkeit.

Die Discussion wird geschlossen. Der Präsident stellt an den Verfasser der Vorlage die Frage, ob er einen besonderen Wunsch habe über den Modus, in dem die Versammlung ihre Zustimmung dazu aussprechen solle. Darauf antwortet

Jessen: Die gemachten Vorlagen seien nicht geeignet, einen Abschluss der Sache herbeizuführen, was durch verschiedene widrige Umstände, besonders dadurch veranlasst worden sei, dass sich der Vorstand vorher nicht recht habe untereinander besprechen können. Er möchte darum anrathen, eine definitive Beschlussfassung über

Aufnahme-Bedingungen der Kranken auf die nächste Versammlung zu verschieben, und es sei seiner Ansicht nach am passendsten, den Vorstand dazu zu verpflichten, dieser nächsten Versammlung, wo möglich, einen bestimmt formulirten Entwurf vorzulegen. Alle Diejenigen, die an der Sache ein besonderes Interesse haben, möchten dann mittlerweile ihre Ansicht dem Vorstande zur Berücksichtigung mitttheilen.

Dick glaubt, dass dieser Vorschlag mit grossem Dank aufzunehmen sei.

Es geschieht einstimmig.

In einem schriftlich eingereichten Vorschlage wurde der Antrag von *Besser* gestellt, die Versammlung wolle in jeder der kommenden Jahresversammlungen einen Theil der Berathung für Mittheilungen und Austausch von Arbeiten aus dem Gebiete von Histogenese, Histologie und Pathologie der nervösen Centralorgane feststellen. Auf die Aufrage des Präsidenten an die Versammlung, ob überhaupt solche bestimmte Fragen an die nächste Versammlung gestellt werden dürften, wurde verneint.

Köppe zeigte und erläuterte an 4 Präparaten eine Degeneration des Nasenknorpels, die dem Othaematom vollständig analog ist und machte darauf aufmerksam, dass auch am übrigen Knorpelgewebe bei Irren sich derartige Veränderungen nicht selten finden dürften (vgl. Heft IV. S. 537). — Darauf zeigte Derselbe das *Süvern*'sche Desinfectionsmittel und empfahl dasselbe nach eigener Erfahrung. Es besteht aus

100 Theilen Kalk,
8—10 Theilen Steinkohlentheer,
15 Theilen Chlor-Magnesium.

Darauf wurde die Wahl zur Ergänzung des Vorstandes vorgenommen, und von den 40 Anwesenden und Abstimmenden erhielten *Flemming* 35, *Griesinger* 21, *Solbrig* 18, *Ludwig* 2, *Meyer*, *Dick*, *Zeller* und *Nasse* je eine Stimme.

Demgemäss wurden als die neuen Mitglieder *Flemming* und *Griesinger* proclamirt.

Nach einem Dank des Vorstandes an Director *Ludwig* für die den Interessen des Vereins gewidmete Fürsorge wurde die Sitzung geschlossen.

Dr. *Zeller*. Dr. *Hagen*.
Dr. *Laehr*. Dr. *Spamer*.

In die Liste der Mitglieder hatten sich folgende Herren eingeten:

31.*) Dr. *Besser*, Director des Asyles Pütschen bei Bonn;
32. Dr. *Hansen*, Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Schleswig;
33. Dr. *Herzog*, Arzt an der Staats-Irrenanstalt zu Petersburg.
34. Dr. *C. K. Hoffmann*, Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Meerenberg;
35. Dr. *Max Huppert*, 1ster Hülfsarzt der Irrenanstalt zu Colditz;
6. Dr. *Kussmaul*, Prof. der Med. in Freiburg i. Br.;
7. Dr. *Leidesdorf*, Prof. d. Psych. u. Director d. Priv.-Irrenanstalt zu Wien;
8. Dr. *Ribstein*, Hülfsarzt des Zellengefängnisses in Bruchsal;
9. Dr. *Rinecker*, Prof. und Vorstand der Irrenabtheilung im Juliushospital zu Würzburg;
). Dr. *E. Salomon*, Dir. d. Irrenanstalt zu Malmö (Schweden);
. Dr. *Sehrt*, 1ster Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Hofheim;
. Dr. *Spamer*, Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Hofheim;
. Dr. *Werle*, Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Heppenheim;
. Dr. *A. v. Zeller*, Geh.-Rath u. Director der Irren-Heilanstalt Winnenthal.

---

*) cf. Ztschrft. Bd. XXI. Suppl. S. 66 u. Bd. XXII. S. 206 u.

Die Verhandlungen der Psychiatrischen Section auf der Naturforscher-Versammlung zu Frankfurt a. M., 1867.

Mitgetheilt von den Schriftführern Dr. *Brosius* und Dr. *Lotz*.

Seit mehreren Jahren nicht war die psychiatrische Section auf der Naturforscher-Versammlung so schwach besucht und von so kurzer Dauer, als in diesem Jahre, da manche der in Heppenheim anwesenden Collegen nicht nach Frankfurt gingen, einige hier anderen Sectionen sich anschlossen. Folgende Herren finden wir als Mitglieder unserer Section eingeschrieben:

Dr. *Betz* von Heilbronn; Dr. *Brosius* von Bendorf; Dr. *Droste* von Osnabrück; Dr. *Focke* von Coblenz; Dr. *Fritzsche* von Mainz; Dr. *Graeser* von Eichberg; Dr. *Güntz* von Thonberg; Dr. *Hagen* von Erlangen; Dr. *Herzog* von St. Petersburg; Dr. *Hoffmann* von Frankfurt; Dr. *Kirn* von Illenau; Dr. *Koeppe* von Halle; Dr. *Leidesdorf* von Wien; Dr. *Lorent* von Bremen; Dr. *Lotz* von Frankfurt; Dr. *Nasse* von Siegburg; Dr. *Rinecker* von Würzburg; Dr. *Salomon* von Malmö; Dr. *Sander* von Berlin; Dr. *Selin* von St. Petersburg; Dr. *Solbrig* von München; Dr. *Spielmann* von Tetschen; Dr. *Stein* von St. Petersburg; Dr. *Vorster* von Lengerich; Dr. *Westphal* von Berlin; Dr. *Wimmer* von Osnabrück; Dr. *A. v. Zeller* von Winnenthal.

Nach Schluss der ersten allgemeinen Sitzung am Mittwoch den 18. September constituirte sich die psychiatrische Section unter ihrem Sectionseinführer Dr. *Hoffmann* und wählte zu ihrem Präsidenten Herrn Ob.-Medic.-Rath *von Zeller* aus Winnenthal, zum Schriftführer Dr. *Brosius* von Bendorf.

Angemeldete Vorträge:

Professor *Hagen:* über die Anatomie der allgemeinen Paralyse;
Hofrath *Rinecker*: über Pupillen-Veränderungen bei Geisteskranken;
Dr. *Brosius:* psychiatrische Wanderung durch Paris.

Erste Sections-Sitzung, Donnerstag den 19. September.

Präsident: *von Zeller;*
Schriftführer: *Brosius* und *Lotz.*

Dr. *Hagen:* **über die Anatomie der allgemeinen Paralyse.**

Redner will die Aufmerksamkeit auf einen Punkt der Anatomie der *Dement. paral.* lenken, welcher in neuerer Zeit etwas in den Hintergrund getreten ist, indem er zugleich eine schon früher von ihm (im goldenen Schnitt) vorgeschlagene Methode, den Grad des Gehirnschwundes approximativ abzuschätzen, der Vergessenheit entreissen will. Jedenfalls genauer, als die Schätzung der Atrophie durch das Gesicht, sei die durch die Wägung, und habe zugleich den Vortheil, sich durch Zahlen ausdrücken zu lassen. Dazu sei aber, da das normale Hirngewicht äusserst verschieden sei (zwischen 36 und 60 Unzen), nothwendig, das Gehirngewicht zu kennen, welches diesem Individuum im gesunden Zustande zukomme. Da die Berechnung aus dem Rauminhalt des Schädels für gewöhnliche Sectionen zu umständlich und schwierig sei, so habe *H.* den Schluss von den Kopfmaassen auf das Gehirngewicht vorgezogen. Er addirt drei Bogenmaasse: Kopfumfang, kleinen Längenbogen (von *Protub. occip.* bis *Glabella*) und Scheitelbogen (Querbogen von einem Ohr zum anderen), und gewinnt dadurch das Gesammtbogenmaass. Dieses varîrt nach der Grösse des Schädels bei Erwachsenen sehr und zwar nach zahlreichen Messungen (um Gewinnung möglichst vieler Fälle willen) an Lebenden zwischen 111 und 129 Centimeter, wobei die Mittelzahl 120. Dieser Scala wird nun die Scala des Gehirngewichts gegenübergestellt. Diese darf aber nur von gesunden Gehirnen zusammengestellt werden, von Gehirnen Solcher, welche gewaltsam oder wenigstens plötzlich, ohne längeres, eigentliches Kranksein, gestorben sind, da, wie Redner schon früher ausführlich nachgewiesen hat, das Gehirn durch Krankheit im Allgemeinen überhaupt an Gewicht verliert, so dass die Gehirne Kranker von denen Gesunder im Durchschnitt um 2—3 Unzen differiren. Es ergiebt sich so eine Scala von Gehirnen (hier eine von männlichen Erwachsenen) von beiläufig 35 Unzen bis zu fast 60 Unzen mit einem Mittelgewicht von 47½ Unzen, nach Abzug der Häute (oder in Grammen 1426,5). Beide Scalen, die der Gesammtbogenmaasse und der Gehirngewichte, stellt man nun nebeneinander; so wird jedem Centimetermaass ein Gewicht von nahezu 11 Drachmen Gehirn entsprechen. So gewinnt man das Hirngewicht, welches dem betreffenden Individuum, sofern es nicht krank ist, muthmasslich zukommt; man nenne dieses aus dem Gesammtbogenmaasse erschlossene Indi-

viduelle Hirngewicht das postulirte. Der Vortragende berührte und widerlegte nun mehrere Einwände, welche gegen diese Methode erhoben werden könnten. Zuerst den vom specifischen Gewicht des Gehirnes hergenommen, weil dieses variire. Da diese Variationen sich innerhalb sehr enger Grenzen bewegten, so könne das Maximum des Irrthums für das ganze Gehirn 14 Grammen, also kaum 5 Drachmen betragen, werde aber meistens weit darunter bleiben, was bei dieser Frage daher so viel wie nicht in Betracht komme. Die Verdickung der Hirnschale lasse sich in ihrem Einfluss berechnen, und von dem postulirten Gewicht müsse dann ein ebenso grosses Stück Hirnsubstanz, als die Verdickung betrage, abgezogen werden, was für den Millimeter Dicke etwa 52 Grammen betrage. Schwieriger sei die verschiedene Dicke der Weichtheile in ihrem Einfluss auf die Schätzung zu eliminiren. Zwar ist derselbe nicht so gross, als es scheint, und namentlich bei mittlerer Dicke ohne Bedeutung, wie denn in der That gar nicht selten das Hirngewicht nach dieser Methode bis auf die Drachme getroffen wurde. Gleichwohl muss man sich dieser Fehlerquelle bewusst sein und darf daher ein völliges Zusammenstimmen des Gesammtbogenmasses mit dem Hirngewicht nach Maassgabe der Scala nicht immer erwarten. Doch sind die Schwankungen, innerhalb deren sich der Irrthum bewegen kann, nicht gross; sie betragen in der Regel nur beiläufig 1 Unze ober- und unterhalb des postulirten Gewichtes; das Maximum beträgt nach der Erfahrung des Vortragenden 2 Unzen. Selbst diese grösste Irrthums-Möglichkeit ist nun aber bei Gewichtsverlusten, wie sie die *Dement. paral.* in ihren höheren Graden darbietet, von gar keinem Belang. Bei längerer Dauer und ausgesprochenerem Blödsinn ist die Differenz zwischen postulirtem und wirklichem Hirngewicht eine viel grössere, sie beträgt dann in der Regel 5 bis 6, sehr oft 8—12 Unzen, ja der Gewichtsverlust ist in einem Falle sogar bis zu 19 Unzen gestiegen. Dies sind Differenzen, welche bei der in anderen Fällen sich bewährenden approximativen Genauigkeit der Resultate der Methode hier unmöglich auf die Messungsmethode oder auf sonstige Fehlerquellen geschoben werden können. Es geht aber daraus noch ein anderes wichtiges Ergebniss hervor, das nämlich: dass, da diese ungeheuren Verluste unmöglich durch Schwund der Rindensubstanz bedingt sein können (auch wenn dieselbe, was nur in den höchsten Graden der Atrophie der Fall ist, etwas verschmälert erscheint), es wesentlich und hauptsächlich die Marksubstanz ist, welche bei der *Dement. paral.* die Gehirnatrophie bedingt, und welche daher höchst wahrscheinlich auch schon im Beginne der Krankheit mit afficirt ist. Diese vom Vortragenden schon 1857 ausgesprochene Ansicht hat

später durch die Untersuchungen *Engel's* über das Verhältniss der grauen und weissen Substanz (Wiener Wochenschr., 1863 u. 1865), dann durch das Auffinden von Kernwucherungen an den Gefässen der Marksubstanz, sowie durch die analoge Thatsache, dass die graue Degeneration des Rückenmarks nur die weisse Substanz betrifft, ihre Bestätigung gefunden.

Bei der diesem interessanten und anregenden Vortrage folgenden Discussion stimmt Dr. *Westphal* mit dem Redner darin überein, dass der Schwund des Gehirns bei der *Dement. paral.* im Grossen hauptsächlich durch Schwund der weissen Substanz bedingt sei; ein Zusammenhang der motorischen Störungen jedoch mit dem Schwunde der Marksubstanz lasse sich nicht nachweisen.

von Zeller hat betreffs des Antheils der Marksubstanz an der Hirnatrophie dieselbe Ansicht mit *Hagen* und erwähnt besonders des Zusammensinckens und der oft auffallenden Contraction der weissen Substanz auf Hirndurchschnitten. Er spricht später von zwei in so fern sonderbaren Fällen von partiellem Hirnschwund, als sich die betreffenden Kranken desselben mehr oder weniger bewusst gewesen. Ein Student bezeichnete die *Gyri*, welche man nach seinem Tode eingefallen finden werde, und die Section bestätigte die Voraussage.

Leidesdorf stimmt dem Redner gleichfalls bei; der Schwund und die Gewichtsabnahme seien aber nicht immer gleichmässig vertheilt, oft partiell.

Solbrig bestreitet dieses; die Veränderung des Gehirns sei eine diffuse, die Atrophie eine totale, nicht partielle, sie sei das Resultat einer allgemeinen Störung.

Hoffmann: In der Mehrzahl der Fälle seien die paralytischen Symptome die primären, in Folge beginnender Sklerose der Marksubstanz; diese erkranke zuerst.

Nasse: Bei den Wägungen des Gehirns müsse auch das allgemeine Körpergewicht und das aller Organe berücksichtigt werden. Die mikroskopische Hirnatrophie komme auch bei anderen Formen vor, nicht allein bei *Dement. paral.* Im Beginne dieser, innerhalb der ersten Monate der Paralyse, finde man das Gehirn auch im Zustande der Schwellung; dann nicht Atrophie, sondern enges Aneinanderliegen, Pressung der Windungen, und Erhöhung des absoluten Hirngewichtes. Das specifische Gewicht der Marksubstanz, die dichter werde, sei vermehrt, das der *Corticalis* vermindert. Das Kleinhirn participire nicht in demselben Maasse, wie das Grosshirn, an der Atrophie.

In der weiteren Discussion hält *Solbrig* dafür, dass ein absoluter Unterschied zwischen seniler Atrophie und Paralyse nicht existire;

dort ein chronischer, hier ein acuter Verlauf ein und derselben Krankheit.

von Zeller berichtet, dass er die makroskopischen Erscheinungen der allgemeinen Paralyse bei zahlreichen Fällen gefunden habe, die keine Spur von Grössenwahn, Erregung oder von Lähmung zeigten, sondern unter dem Bilde der Melancholie verliefen; einige Patienten hätten in bewusstem Triebe sich selbst entleibt, um dem paralytischen Tode zu entgehen.

Hofrath *Rinecker*: über Pupillen-Veränderungen bei Geisteskranken.

Redner berichtet über Untersuchungen, die auf der Irren-Abtheilung des Juliushospitals von seinem Assistenten Dr. *Grashey* über Pupillen-Veränderungen bei Geisteskranken angestellt wurden.

Das Hauptaugenmerk wurde auf den Durchmesser der Pupillen gerichtet und deren wirkliche Grösse mit dem *Helmholtz*-schen Ophthalmometer gemessen, nachdem zuvor durch Atropin die Pupille *ad maximum* erweitert worden war.

Hierbei stellte sich als constante Erscheinung heraus, dass abnorm enge Pupillen, wie sie bekanntlich besonders häufig bei Paralytikern, doch auch bei anderen Geisteskranken vorkommen, durch Atropin verhältnissmässig nur wenig und nie bis zu dem Grade erweitert werden, welcher dem Alter des Individuums entspricht. Da nun Atropin den *Musc. sphincter*, resp. den *N. oculomotor.* lähmt, so kann eine nach Atropinisirung des Auges andauernde, wenn auch nur relative Verengerung nicht wohl durch einen Reizungszustand des *N. oculomotor.* bedingt sein, was bisher gewöhnlich angenommen wurde.

Es folgt hieraus nun allerdings nicht mit Bestimmtheit, das eine Lähmung des *N. sympathic.* resp. des *Musc. dilatator pup.* die Ursache jener Erscheinung sei, da der Einfluss des *N. trigemin.* — dessen pupillenverengende Wirkung von verschiedener Seite behauptet wird — bis jetzt noch nicht sicher gestellt ist, wenn schon der Mangel jeder anderweitigen *Trigeminus*-Affection die Abhängigkeit jener Pupillen-Verengerung von diesem Nerven von vorne herein unwahrscheinlich macht. Berücksichtigt man dagegen ein anderes Symptom, welches die Pupillenenge bei Paralytikern in der Regel begleitet, nämlich eine Verengerung der betreffenden Lidspalte, so erhält die Zurückführung der Erscheinung auf eine *Sympathicus*-Lähmung grössere Wahrscheinlichkeit.

Es betheiligen sich an dieser Verengerung der Lidspalte beide Lider, das untere und obere ziemlich gleichmässig; die Verengerung

ist nicht hochgradig, ertheilt aber dem Auge einen matten, schläfrigen Ausdruck. Die willkürliche Bewegung der Lider ist nicht beeinträchtigt, die Lidspalte wird prompt geschlossen und geöffnet. Die Affection ist in der Regel continuirlich, entweder erst nach Verlauf mehrerer Wochen wieder verschwindend oder für immer bleibend.

An eine Affection des *N. trigeminus* — Reflexwirkung auf den *N. facialis* und dadurch bedingte Contraction des *M. orbicularis* — lässt sich auch hier nicht denken. Hiergegen spricht der geringe Grad der Verengerung und der Mangel jeder spastischen Contraction des *M. orbicularis*. Ebensowenig kann eine Lähmung des *N. oculomotor* die Ursache sein. Denn diese bewirkt geradezu Senkung des oberen Lides und hiemit eine sehr beträchtliche Verengerung der Lidspalte; ausserdem ist in diesem Falle die willkürliche Bewegung des Lides behindert. Dagegen ist es sehr wahrscheinlich, dass die fragliche Erscheinung von einer Affection jener glatten Muskelfasern herrühre, die in nicht unbeträchtlicher Menge im oberen und unteren Lide sich finden und zuerst von *H. Müller* genauer beschrieben worden sind (s. Verhandl. der Würzb. psych.-med. Gesellschaft Bd. IX. S. 244 u. Bd. X. S. XII). Dieselben stehen unter dem Einfluss des *Sympathicus* und ziehen, wenn in Thätigkeit, die Lider zurück. Sind sie ausser Wirkung, so beobachtet man Veränderungen der Lidspalte, wie sie oben geschildert wurden.

Giebt somit schon für die abnorm enge — durch Atropinisirung sich nicht entsprechend erweiternde — Pupille, wie solche namentlich bei Paralytikern vorkommt, eine *Sympathicus*-Lähmung den wahrscheinlichsten Erklärungsgrund ab, so wird diese Ansicht durch die meist gleichzeitig bestehende Verengerung der Lidspalte — eine Erscheinung, die gleichfalls nicht wohl anders, als durch eine *Sympathicus*-Lähmung zu erklären ist — so ziemlich ausser Zweifel gesetzt, so dass man also behaupten kann: Ein grosser Theil der bei Irren und *in spec.* bei Paralytikern zu beobachtenden Pupillen-Verengerung beruht auf einer Lähmung des *Nerv. sympathicus*.

In der Discussion über die durch genaue weitere Untersuchungen noch nicht abgeschlossenen Punkte dieses Vortrags bemerkte Dr. *Hoffmann*, dass Pupillen-Enge vom Rückenmark und dem *Nv. sympathicus* abhängig sei, wie bei *Tab. dorsalis*. Nach *Westphal* kommt Herabhängen des oberen Augenlides, *Ptosis* geringeren Grades, Enge der Pupillen bei *Tabes* vor, auch ohne psychische Störung

Leidesdorf: Atropin erweitere die enge Pupille immer, er habe auch keinen Fall gefunden, in welchem die gelähmte Pupille sich

nicht auf Atropin erweitere; die Erweiterung dauere hier länger, als sonst gewöhnlich, selbst bis zu 20 Tagen.

Zeller machte noch besonders auch auf die Verzerrung der Papillen aufmerksam.

Nach Schluss der Discussion wird die 2te Sitzung auf Freitag, 8 Uhr Morgens, anberaumt, und Geh. Med.-Rath *Nasse* zum Präsidenten erwählt, im Fall dessen möglicher Abreise Prof. *Hagen* zum Stellvertreter. Weitere Vorträge wurden nicht angemeldet.

Zweite Sections-Sitzung, Freitag, den 20. September.

Präsident: Professor *Hagen*.

Vortrag des Dr. *Brosius*: Eine psychiatrische Wanderung durch Paris.

Als ich am 1. September c. die Pariser Ausstellung betrat, traf ich, ohne zu suchen, auf Baron *Mundy's* „Musterhaus für die Behandlung der mittellosen Irren in der Familie eines Wärters". Es liegt in der Oesterreichischen Abtheilung, links von dem Eingange durch die grosse Avenue d'Europe, weit in dem Parke sichtbar durch die an den 4 Seiten über Thüren und Fenstern in 4 Sprachen befindliche grosse Inschrift: „Behandlung der Irren in der Familie", „Traitement des aliénés dans la famille" etc. Das 10 m 10 lange, 9, 30 breite, 5, 14 hohe Haus wird durch einen 10m 10 langen, 1 m 10 breiten Corridor im Parterre in zwei gleiche Hälften getheilt. Die rechte Seite (vom vorderen Eingang her) ist die Wohnung des Wärters und besteht aus 3 Theilen, Wohn-, Schlafzimmer und Küche; die linke ist die Wohnung des Kranken und besteht aus Wohnzimmer mit Alkoven, Polsterzimmer und Badekabinet. Der zweite Stock, den ich nicht betreten, ist hier nicht zu berücksichtigen.

In der Wohnung des Wärters hängt an der Wand, gegenüber dem Eingange, der colorirte Plan (perspectivische Ansicht) eines Familien-Asyles für 300 Kranke (acute und chronische Fälle). Die in der Mitte der freundlichen Bauerschaft liegende „Infirmerie centrale" soll 150 Kranke aufnehmen, so dass die andere Hälfte in der Gemeinde, in den die sogen. Infirmerie umgebenden Einzelwohnungen

---

*) Die in der psychiatrischen Section anwesenden Collegen werden sich erinnern, dass ich diesen Vortrag in unserer Zeitschrift ausführlicher zu bringen versprach. *B.*

vertheilt sind. Auf eine Gruppe von 5 Krankenwohnungen (à 5 Kr.) kommt ein Oberwärter, und die Wohnung dieses Oberwärters wird repräsentirt durch das in dem Parke der Pariser Ausstellung von Baron *Mundy* gebaute sogenannte Musterhaus (Maison-Modèle pour le traitement des aliénés en famille), dessen Beschreibung ich vorhin begonnen. Ich kann mich, diese fortsetzend, hier nicht auf Alles einlassen.*)

In dem Wohnzimmer des Kranken, links vom Corridor, hängt der perspectivische und colorirte Plan eines ländlichen Familien-Asyles für 1,500 Irre (chronische Fälle), mit Infirmerie für 354 Kranke, 15 Oberwärter-Wohnungen für je 2 Kranke, 249 Wärterwohnungen für je 4 Kranke. Nach welchen Anschauungen dieser Plan gemacht ist, weiss ich nicht. Von Gheel unterscheiden sich diese Pläne nur durch das grössere Central-Asyl (fälschlich und euphemistisch Infirmerie genannt) und durch die Einschiebung der Oberwärter-Häuschen für besondere Kranke.

Als ich die grossen Inschriften des Musterhauses „Behandlung der Irren in der Familie" las, hatte ich von seinem Charakter eine ganz freundliche Vorstellung, die sich durch die Besichtigung im Innern gewaltig änderte. Man tritt in die Krankenstube durch eine Thür, welche durch eine eiserne Jalousie geschützt ist; letztere ist in einer Coulisse oberhalb der hölzernen Thür verborgen und bewegt sich vertical; heruntergelassen setzt sie gewaltthätigen Kranken ein unzerstörbares Hinderniss entgegen. Die Fenster des Wohn- und Schlafzimmers sind geschützt von innen durch ein in einer Coulisse horizontal sich bewegendes Drahtgitter, wie man sie in vielen Zellen findet, von aussen durch eine eiserne Jalousie, ganz ähnlich der an der Eingangsthür des Zimmers. In diesem steht ein Kachelofen, der vom Corridor aus geheizt wird. Wir entdecken also in diesem Zimmer eine förmliche Zelle. Hinter ihr ist das Polster-Zimmer, mit Kautschouk ausgefuttert, das, merkwürdiger Weise, ausser durch Hochlicht, was man begreift, durch ein in gewöhnlicher Höhe liegendes Fenster, mit durch Blei eingefassten kleinen Scheiben, erleuchtet wird. Das begreift man nicht. Wir befinden uns nämlich in einer Zelle, denn in dem Oberwärterhause sollen in der That, nach Aussage des Ausstellers und *Jules Duval* (S. 421), aufgeregte, zerstörungssüchtige etc. Irre provisorisch aufgenommen

*) Eine ganz ausführliche Explication findet sich in dem Appendix des Werkes von *Jules Duval*: Gheel ou une Colonie d'aliénés etc. Paris, Hachette et Co. 1867, welches man vom Aussteller des Musterhauses während der Ausstellung gratis erhielt.

werden. Für diesen Zweck ist die Wohnung, mit Ausnahme des metelassirten Zimmers, ganz passend. Aber wie stimmt mit diesem Charakter des Zimmers der Titel des Hauses? Mit seinen Apparaten ist es doch wohl der stärkste Gegensatz einer friedlichen Familien-Wohnung. In der Zelle befindet sich ein bewegliches Bett aus Schmiedeeisen mit Sprungfedern-Rahmen, Seegras-Matratze und wollener Decke, alles sehr elegant. Eine solche wollene Decke kostet bei uns am Rhein 9 Thaler. Diese Sorte ist bei uns unter dem Namen „Wiener oder böhmische Decken" bekannt. Wie stimmt nun ein solches Bett einmal mit dem Zustande, das andere Mal mit den Mitteln des aufzunehmenden Kranken? Die Inschrift links und rechts von dem Haupteingange des „Musterhauses" lautet ja „Musterhaus für die Behandlung der mittellosen Irren in der Familie des Wärters". Wer ersetzt die von den „zerstörungssüchtigen" „mittellosen" Irren zerstörten Matratzen und Decken? In der Wohnung des Oberwärters (rechts) findet man dasselbe elegante Bett. Dieses sah ich zuerst noch in dem Glauben, dass es für den Kranken bestimmt sei. Als ich dem Aussteller meine Verwunderung darüber aussprach, sagte er, „ja, hier ist ja die Wohnung des Oberwärters, und der muss gut gestellt sein". Richtig, wenn man ihn in solchen ländlichen Familien-Asylen so stellen kann; aber nun fand ich gleich darauf dasselbe elegante Bett auch in der Zelle des mittellosen, aufgeregten, zerstörungssüchtigen Kranken. Sollen das Muster-Einrichtungen sein?! Als ich mit Rücksicht auf die angebliche Familien-Wohnung den Aussteller auf die Sicherheits-Vorrichtungen seiner Zelle aufmerksam machte, bezeichnete er sie als „Dummheiten", die er blos wegen oder für die „dummen Psychiater" habe anbringen lassen. Das waren seine *Verba ipsissima*, die in Verbindung mit den mannichfachen Widersprüchen seines Musterhauses und dem Inhalte seiner weitschweifigen und abschweifenden Reden mich fragen liessen: „kann dieser Mann als Apostel und Vertheidiger des *System familial* auftreten? schadet er nicht mehr der Ausbreitung dieser immerhin für viele Fälle berechtigten Methode der Irrenbehandlung?" Als Anhänger dieser Methode konnte ich mich ihm gegenüber ereifern und es nicht unterlassen, ihn aufzufordern, die Rolle des Parteigängers aufzugeben. Er wird sich hoffentlich nicht mehr als Dilettant in Dinge mischen, für die er praktisch nicht befähigt ist. Man begreift das auch nach den eigenen Worten des Ausstellers, der mir sagte, dass er sich seit zwei Jahren um die Psychiatrie nicht mehr, sondern um die Chirurgie beküm-

mere, „worin er einen nicht unbedeutenden Platz einnehme“*).

Anf der Pariser Ausstellung fand ich sonst nur noch Wenig, das dem Irrenarzte Interesse gewähren konnte.

In der Nähe des *Mundy*'schen „Musterhauses“ sieht man sogen. „automatische Küchen aus Norwegen“ ausgestellt. Hölzerne, 4eckige Kästen von verschiedener Grösse sind mit 1—2 Zoll dicken Lagen irgend eines schlechten Wärmeleiters ausgefüttert. Die Gefässe, worin die Speisen (Fleisch, Gemüse) nur 5—10 Minuten lang einer Siedehitze ausgesetzt werden, bringt man nach dieser Zeit in den Kasten („appareil conservateur“), schliesst den Deckel, und nach einigen Stunden sind die Speisen gar gekocht, ohne dass man sich weiter um sie zu kümmern braucht. Die auf diese Weise leichte und bequeme Zubereitung der Speisen wurde *loco* gezeigt; man bediente sich zur Erhitzung eines Gas-Apparates. Es ist begreiflich, dass in solchen Kästen, die man überall, je nach Bedürfniss mit mehreren Etagen anfertigen lassen kann, auch schon fertige Speisen stundenlang sich warm erhalten, und so sind sie für Irrenanstalten zu benutzen. Auf der Ausstellung in Paris kosteten sie 17 bis 20 Frcs.

Jules Talrich, Modeleur d'Anatomie an der medicinischen Facultät zu Paris, hat herrliche Wachspräparate ausgestellt, unter denen auch die plastischen Nachbildungen der Centraltheile des Nervensystems sehr anschaulich und instructiv sind, z. B. das Gehirn mit verschiedenen Durchschnitten und den Ursprüngen der Nerven, ebenso das Gehirn und Rückenmark mit seinen Nerven. Leider sind diese Präparate sehr theuer; z. B. kostet das Gehirn mit seinen Theilen und den Nerven 200 Frcs., eine Hälfte 70 Frcs., Gehirn und Rückenmark (nach *Cruveilhier)* 450 Frcs., der *Nv. sympathic.* 1,000 Frcs. u. s. w. Den Catalog *Talrich*'s stelle ich den geehrten Herren Collegen zur Verfügung.

Brunetti, Professor zu Padua, hat höchst zierliche und bis in die kleinsten Details sehr deutliche, nach einer neuen Methode conservirte, anatomische Präparate, normale und pathologische, ausge-

*) Im Journ. of Mental Science, October 1867, findet sich S. 425 eine nur oberflächliche, auf die inneren Widersprüche gar nicht eingehende Beschreibung des „Asylum Cottage at the Paris Exhibition“, mit schliesslicher Eloge der uneigennützigen Aufopferung *Mundy*'s für das Wohl der Irren. Wir bedauern, dass mit dieser philanthropischen Gesinnung sich nicht eine psychiatrische Bildung und Erfahrung verbindet. *B.*

stellt, die noch theurer sind. Mit grossem Interesse verweilt man vor diesen getrockneten, mumificirten Theilen des menschlichen und thierischen Körpers, unter denen wir leider Gehirn- und Nerven-Präparate vermissten. Der geschickte Aussteller hat seine Methode auf die Conservirung des Nervensystems noch nicht angewandt. Hoffentlich wird er die Schwierigkeiten dabei glücklich und zum Nutzen unseres Faches überwinden. Irre ich nicht, so wurde dem Professor *Brunetti* die goldene Medaille zuerkannt. Nach dem Kataloge kosten beispielsweise eine normale Menschen-Lunge 200 Frcs., das Herz ebensoviel, das Doppelherz eines *Bicephalus* 1,000 Frcs., ein monströses Menschenherz, angeblich ein Unicum, 20,000 Frcs. (!!), eine Menschen-Lunge im Zustande der acuten Tuberculose 1,000 Fr., ein Menschenherz mit Sthenose der *Bicuspidalis* 300 Frcs. u. s. w.

Die psychiatrische Technik fand ich, ausser dem misslungenen Musterhause *Mundy*'s, auf der Pariser Ausstellung nicht vertreten.

Ich wandte mich dann zu den Asylen in und ausserhalb Paris. Mein erster Besuch galt am 3. September der alten Salpêtrière, deren Verhältnisse zu bekannt sind, um hier nochmals dargelegt zu werden. Die jetzigen Aerzte sind *Delasiauve*, *Baillarger*, *Trélat*, *Moreau (de Tours)* und *Aug. Voisin* (der Neffe). Die Herren waren alle, ausser *Delasiauve*, in Vacanz. Um sie zu treffen, muss man schon um 8 Uhr früh im Asyle sein. *D.* traf ich Nachmittags 2 Uhr in seiner Wohnung, bei ihm den Mitredacteur seines Journals, Dr. *Bourneville*. Unsere Unterhaltung drehte sich hauptsächlich um die sog. Pseudomonomanie, die wir hinlänglich aus dem Journ. de méd. mentale kennen, ohne sie als besondere Form anzuerkennen.

Mit grosser Freundlichkeit und Liberalität beschenkten mich die Herren Collegen mit ihren älteren und neueren Werken. Um 4 Uhr begleitete mich *D.* in die Sitzung der Academie Impériale, wo ich *Jules Falret*'s Bekanntschaft machte und mit diesem, zum ersten Male in Paris, deutsch sprach. Er lud mich ein, ihn am folgenden Tage in seiner Anstalt zu Vanves bei Paris zu besuchen.

Am 3. September ging ich noch des Abends spät zu *Brierre de Boismont*, Faubourg St Antoine, 303. Sein grosses Werk über den Selbstmord etc. ist bekanntlich 1865 in zweiter Auflage erschienen, und in diesem Jahre lieferte er die Biographie *Guislain*'s und eine Abhandlung über die Folie raisonnante, die er dem seel. *Mittermaier* dedicirte, und welche von dessen Enkel, unserem *Krafft v. Ebing*, kürzlich in der Zeitschrift besprochen wurde. Als Privat-Irrenarzt sprach *Brierre* mit Recht eine grosse Scheu aus vor der Aufnahme von Kranken mit dem Symptome der Folie raisonnante. Sie liefern

allerdings die unangenehmsten Beispiele von Verleumdungen, Aufhetzereien und Anklagen gegen die Irrenärzte.

Das Haus *Brierre de Boismont* ist schon alt. Daselbst ruhte *Louis XIV.* aus auf der Rückkehr von St. Marc de Luz, wo er seine Gemahlin *Marie Therese* von Oesterreich abgeholt hatte. Schon vor 1769 wurden daselbst Irre aufgenommen. Aus diesem Hause echappirte der politisch compromittirte, gefangene General *Mallet*, am 22. October 1812. Die Anstalt umfasst einen Flächenraum von zwei Hectaren. Seit dem 1. Januar 1848, wo *B. d. B.* die Direction übernahm, bis ultimo 1865 wurden daselbst 1,294 Kranke (739 M., 555 W.) aufgenommen. Seit lange leben die Kranken des Hauses in möglichst familiären Verhältnissen, ohne dass eine rationelle Behandlung ausgeschlossen ist. In der Sitzung der Société méd.-psycholog. vom 24. Juni 1860 sagte der damalige General-Inspecteur *Serres*, als man von Gheel sprach, „dass für die Irren viel besser eine nach wissenschaftlichen Gründen beschränkte Freiheit sei, wie *B. de Boismont* sie seinen Kranken zu geben wisse in seiner Privat-Anstalt, die er in der besten Ordnung getroffen habe." Unabhängig von diesem Hause besteht die ausschliesslich für Damen bestimmte Privat-Anstalt der Tochter *B. de Boismont's*, Mad. *Rivet de Boismont*, grande rue St. Mandé Nr. 66, welche der Vater als Arzt besucht. Sie hat ungefähr 60 Kranke.

Auch die Schwiegertochter *Brierre's* steht einem Maison de Convalescence vor, auf der Avenue du bel Air Nr. 22. Hier leben ungefähr 15 Kranke, deren Zustand eine Sequestrirung nicht erfordert.

In Passy, am linken Seine-Ufer, wohin man über den Pont Jena vom Ausstellungsgebäude aus gelangt, liegt in der Rue Berton Nr. 1. das bekannte Maison Blanche.

Die Anstalt wurde im Jahre 1820 durch den Vater des jetzigen Dr. *Blanche* auf dem Montmartre gegründet und im Jahre 1847 nach Passy verlegt. Es können 85 Irre (45 M., 40 W.) daselbst aufgenommen werden; im September betrug die Zahl 82. Mehrere Zimmer sind stets in Reserve. Auch bei Dr. *Blanche* leben die ruhigen, harmlosen Kranken in der Familie. In der Unterhaltung sowohl mit Mad. *Boismont*, als mit Mad. *Blanche* überzeugte ich mich, dass diese Damen mit Irren viel verkehrt hatten und ihre Zustände kannten.

Neben dem Familienleben existiren Zwangsmittel; namentlich ist der Stuhl und die Jacke in Gebrauch. Dr. *Blanche* findet, dass bei Agitation und Aufregungen der Kranken die mechanischen Mittel viel milder und bequemer sind, als die Hände der Wärter. Der Douche bedient er sich gar nicht; ich fand dazu auch keine Appa-

rate in seinem Hause. Bäder giebt er nur denjenigen Kranken, die sie gern oder, ohne sich zu widersetzen, nehmen. Prolongirte, laue Bäder giebt er nicht mehr, da sie Nachtheile und selbst Gefahren in sich schliessen. Gewundert habe ich mich über die grosse Zahl von Wärtern, deren Zahl die der Kranken übersteigt. Es fehlt also nicht an Ueberwachung. Dr. *B.* macht in 24 Stunden drei Besuche in der Anstalt, einen des Nachts. Er wohnt mit seiner Familie unter und zwischen den Kranken. Mit grosser Aufrichtigkeit gesteht er, dass er nur wenig wirkliche Heilungen erlebe, da er fast nur Unheilbare aufnehme, Paralytiker, Monomanen, Hallucinanten, durchschnittlich 30—40 im Jahre. Die Zahl der Todesfälle beträgt 6—10. Fast alle acuten Fälle werden in der Familie verpflegt.

Ich freute mich, die herrlich in einem Parke am Ufer der Seine gelegene Anstalt des Dr. *Blanche* gesehen zu haben und mit ihm in vielen Punkten übereinzustimmen. Wenn er aber die Hände der Wärter durch mechanische Zwangsmittel als ein milderes Verfahren bei aufgeregten Kranken ersetzt, so glaube ich doch, dass bei manchen eine gute Zelle noch milder ist, als dem Körper anliegende mechanische Apparate. Ferner spricht meine Erfahrung nicht zu Gunsten des System familial bei acuten Gehirnleiden.

Dr. *Blanche* führte uns auch auf die Polizei-Präfectur, wo wir die traurigen, finsteren Depots für vagabundirende Irre in Augenschein nahmen, die von dort, nach Feststellung ihres Zustandes durch einen Irrenarzt (Dr. *Motet*), dem sogen. Bureau Central d'Examen zu St. Anne überliefert werden. Auch waren wir im Prison Mazas, wo Dr. *Blanche* einen geisteskranken Verbrecher besuchte. Ihm verdanke ich ferner folgende Angaben, die ich ohne ihn erst auf Umwegen, durch eine Eingabe beim Seine-Präfecten, hätte erlangen können.

Während der Monate Juni, Juli und August 1867 wurden im Seine-Departement 770 Irre in öffentlichen und Privat-Anstalten untergebracht, und zwar in St. Anne 588, in Charenton 30, im Privat-Anstalten 152. Unter den 770 waren 434 M., 336 W.

Die Zahl der Selbstmorde betrug:

1866.	Juni 60.	Juli 76.	August 54.
1867.	„ 56.	„ 58.	„ 52.

Fast Alle gehören der Stadt Paris an, auch solche, die ausserhalb verübt wurden.

Auf dem Bureau der Morgue (in der Nähe von Nôtre-Dame, auf der Ile de la cité) verwies man mich, behufs Autorisation zur Einsicht der Register, an den Präfecten. Nur so viel erfuhr ich an Ort und Stelle, dass unter den aufgefundenen Leichen im Monat August zwei geisteskranken Individuen angehörten.

Am 4. September besuchte ich Nachmittags die Privat-Anstalt in Vanves, deren Gründer *Felix Voisin* und *J. P. Falret* ich leider, da sie verreist waren, nicht kennen lernte. *Jules Falret*, der mit in die Direction des Asyles getreten ist, war aber ein um so angenehmerer Begleiter durch den Garten und einzelne Theile der Anstalt, als man sich mit ihm auch sehr gut in deutscher Sprache unterhalten kann. Man findet bei ihm deutsche Anschauungen, und er kennt unsere Literatur.

Das Asyl in Vanves wurde 1822 gegründet. Es werden daselbst Nerven- und Geisteskranke, auch Idioten, aufgenommen, männliche und weibliche Kranke. Die Anstalt liegt in einem 40 Hectar. grossen prächtigen Parke mit fliessendem Wasser und schönen Wiesen. Sie besteht aus einem Haupthause und mehreren davon entfernten Abtheilungen, die, bei leichter Communication, vollständige Trennung gestatten. Davon ganz separirt liegen im Parke zerstreut noch sechs Pavillons, in denen Kranke, selbst mit ihren Familien und Freunden, ganz isolirt von den übrigen Anstaltskranken leben können. Mitten im Parke liegt eine Kapelle und ein Oekonomie-Gebäude. Freie Bewegung und Arbeit gelten, neben der Isolirung, d. h. Entfernung aus den bisherigen häuslichen und gesellschaftlichen Verhältnissen, als die wichtigsten Heilmittel. Daher haben die Gründer dieses Asyls für dieses einen ausgedehnten Platz gesucht, der gleichzeitig eine Stunde weit entfernt ist von dem Lärm der grossen Hauptstadt. Man gelangt aus dieser nach Vanves auf der Versailler Bahn (linkes Seine-Ufer), oder auf der Gürtel-Bahn (ceinture), oder durch Omnibus.

Ausser den genannten drei grossen Privat-Anstalten besuchte ich noch am 8. Septbr. das alte Maison Esquirol in Ivry an der Seine, gegenüber Charenton. *Esquirol* begann seine irrenärztliche Laufbahn als Arzt in der Salpêtrière. Er bewohnte damals mit seiner Familie ein Haus in der Nähe des Jard. des plantes, wo er auch reiche Geisteskranke aufnahm. Später gründete er Ivry, das Haupthaus daselbst (Mais. de Reunion) und die Abtheilung für die Aufgeregten. Gleichzeitig war *Esquirol* Arzt in Charenton. Nach seinem Tode übernahmen *Baillarger* und *Moreau*, die schon in Charenton seine Internen gewesen, die Privat-Anstalt zu Ivry und erweiterten sie durch die im Parke zerstreuten Pavillons für einzelne Kranke. Ausserdem sind in Ivry noch zwei Convalescenten-Abtheilungen. Die Besitzer des schönen Asyles, *Baillarger* und *Moreau*, wohnen nicht in der Anstalt, sondern in Paris, von wo sie wöchentlich mehrere Male nach Ivry fahren. In der Anstalt wohnt ein Arzt, Director, mit einem Internen. Letzteren traf ich am Platze, und er führte mich mit freundlichen Explicationen durch den grossen Park und

die einzelnen Theile des Institutes, das auf mich einen angenehmen Eindruck machte. *Baillarger* und *Moreau* sind bekanntlich auch Aerzte an der Salpêtrière. Nach Ivry fahren von Paris aus viele Omnibus.

Es blieb mir keine Zeit, auch die übrigen, kleineren und weniger bekannten, Privat-Anstalten in Paris zu besuchen.

Das frühere Maison Archambault, später Belhomme, auf der Rue de Picpus, nicht sehr weit von Brierre de Boismont, wird jetzt von den, uns auch durch die Literatur bekannten, Aerzten *Mesnet* und *Motet* geleitet.

Die Pensionssätze in den von mir besuchten Privat-Anstalten sind sehr hoch, 5,000 Frcs. bis 20,000 Frcs. und mehr. Daher findet man daselbst nur reiche und vornehme Kranke, demgemäss unter den Männern sehr viele Paralytiker, dagegen sehr wenige paralytische Frauen, die auch in Frankreich weit häufiger in den niederen Klassen und daher in Masse in der Salpêtrière zu finden sind; es sind unter ihnen sehr viele Prostituirte, Loretten, Marchandises de vin etc.

Im Bicêtre war ich mit *Jules Falret*, der daselbst mit *Berthier* und *Legrand du Saulle* Arzt ist. Dieses alte Hospice macht einen noch übleren Eindruck als die Salpêtrière, die aus einer Salpeter-Fabrik durch eine Verordnung vom 27 Februar 1657 zu einem allgemeinen Krankenhause umgeschaffen wurde. Bicêtre, Bicestre, ursprünglich Vencestria, hat seinen Namen von Winchester, einem englischen Bischofe, der dort wohnte*).

Im Bicêtre existirt noch das alte Quartier de Sureté, eine Rotunde für 36 irre Verbrecher, ein schmutziges, tristes Depot, das einer Menagerie gleicht. Auch die übrigen Theile der Anstalt, in der ungefähr 700 Irre leben, entsprechen nicht mehr der Neuzeit. Ich wünsche den verdienten Aerzten bessere Krankenhäuser und die richtige Stellung, wie sie der Wissenschaft gebührt.

Jul. Falret brachte mich aus dem Bicêtre an den Eingang von St. Anne. Früher bestand, eine Schöpfung des seel. *Ferrus*, die Ferme St. Anne als Adnex des Bicêtre, dessen arbeitsfähige Kranke zum Theil dort untergebracht und beschäftigt wurden; jetzt erhebt sich daselbst eine neue, die schönste und beste Irrenanstalt, welche Paris besitzt. Mag man auch gegen den Platz Aussetzungen haben, es war kein besserer, namentlich mit Rücksicht auf den klinischen Zweck des Asyles, in Paris zu finden. Schon *Esquirol* u. A.,

*) *Berthier*, Excursions scientifiques dans les Asiles d'Aliénés. 1 Série, p. 194.

später *Tenon* und *Ferrus*, hatten die Gründung einer Irrenanstalt dort vorgeschlagen.

St. Anne liegt am Ende der Rue Ferrus, wo sie durch die Rue Cabanis durchschnitten wird. Der in der Richtung der Rue Ferrus weiter laufende Hauptweg durch das Terrain trennt zwei zum Theil verschiedene Institute; links von demselben, gleich am Eingange, liegt die Wohnung des Pförtners (Concièrge), der zugleich, wie in anderen Anstalten Frankreichs, z. B. Charenton, einen kleinen Kramladen hat, aus dem die Wärter des Asyles für sich und die Kranken verschiedene Kleinigkeiten, Confitüren, Seife, Eau de Cologne etc., beziehen können. Dann folgt, etwas weiter zur Seite, die in einem freundlichen Garten gelegene Director-Wohnung; augenblicklich ist *Girard de Cailleux* General-Inspector im Departement de la Seine und Director von St. Anne. Noch weiter vorwärts links liegt das sogenannte Bureau Central d'Examen. Letzterem gerade gegenüber ist, rechts vom Hauptwege, der Eingang zu dem eigentlichen Asyle St. Anne. (Einen Plan der Anstalt käuflich zu erlangen, war nicht möglich.)

Man nennt das Bureau Central d'Examen auch Bureau d'Admission, de Repartition. Es werden dorthin die Irren aus dem Seine-Departement geführt, die von der Präfectur einer Anstalt übergeben werden sollen. Dem Director sind zwei Assistenten zur Seite. Die Kranken werden examinirt, ihre Familie wird befragt, ihr Zustand wird festgestellt, und alsdann vertheilt man sie in die verschiedenen Anstalten. Der General-Inspector schickt dem Director der betr. Anstalt das Verzeichniss der von ihm aufzunehmenden Kranken, mit der Aufforderung, dem Begleiter der Letzteren eine Empfangsbescheinigung zu geben. Das gedruckte Formular lautet:

Préfecture du Departement de la Seine.

Service des Aliénés.

Bureau Central d'Examen.

Le 186

Le Directeur de
recevra dans son établissement aliénés dont les noms suivent et en donnera récépissé à l'employé chargé de leur conduite.

Le Médecin-repartiteur

Reçu les aliénés
dont les noms sont pòrtés ci-dessus

Le 186

Das Bureau d'Examen hat, ausser den Zellen, auf jeder Seite eine Abtheilung für 20 Kranke, ist also gleichzeitig ein Asyl, in

welchem gewisse Irre (noch zweifelhafte, nicht festgestellte Fälle, Ausländer etc.) bleiben, bis sie einem anderen Asyle überwiesen werden können.

Die frischen Fälle kommen meistens nach St. Anne, wo seit der Eröffnung im Mai ungefähr 600 Kranke untergebracht wurden, so dass die Anstalt schon gefüllt ist. Aeltere Fälle werden im Bicêtre und in der Salpêtrière etc. aufgenommen.

Im Asile St. Anne (für 600 Kranke) ist links die Frauen-, rechts die Männer-Abtheilung, zwischen beiden die Locale für den allgemeinen Dienst. Auf jeder Seite, durch Colonaden verbunden, 6 Pavillons, ausserdem zwischen dem 3. u. 4. die Bäder mit einem Halbbogen für die Zellen.

Jeder der 12 Pavillons, für 48 Kranke, hat zwei Etagen; die untere, mit Ziegeln gepflastert, enthält einen Speise- und Aufenthaltssaal und ein Schlafzimmer mit 16 Betten, daneben ein Wärterzimmer; die obere besteht aus zwei Schlafsälen mit je 16 Betten und einem Wärterzimmer. Zu jedem Pavillon gehört ein ummauerter Garten; längs der Gartenseite des Pavillons eine bedeckte Halle; mitten im Garten ein Brunnen und an der Aussenmauer die Retirade mit Wasserspülung. Im Innern der Krankenhäuser keine Aborte.

Die Infirmerie am Eingang ist für bettlägerige, reinliche acute Fälle, die an der Hinterseite für unreinliche, schwache, paralytische Kranke bestimmt.

Das centrale viereckige Badehaus ist sehr vollständig (Vollbäder, verschiedene Formen von Douchen, Dampf- und medicamentöse Bäder). Es wird an beiden Seiten umfasst von dem Halbkreis der Zellen. Diese, 12 mit einem Polsterzimmer, stossen nach dem Centrum der Anstalt hin auf einen schmalen Corridor, sind eng und mit Holz ausgekleidet und münden nach aussen jede in einen schmalen Hof.

Im Administrationsgebäude liegen im Souterrain die Küche, im unteren Stocke Büreaux und Apotheke, im oberen Assistentenwohnungen, Hörsäle und Magazine. Die Klinik in St. Anne, das auch Asile clinique heisst, hatte noch nicht begonnen.

In St. Anne sind der gänzliche Mangel an Einzelzimmern, die zu grossen Schlafsäle, überhaupt die zu schablonenmässige Einrichtung, dann auch das Fehlen der Aborte in den Pavillons, zu rügen.

Auf der Männerseite ist *Dugonet* Arzt, auf der Frauenseite *Prosper Lucas* (früher in Bicêtre).

Charenton, Maison Impériale, ist Staatsanstalt, steht unter dem Minister des Innern, während die übrigen grossen Asyle in Paris municipale sind und unter dem Seine-Präfecten stehen. Charenton erhält vom Staate einen jährlichen Zuschuss von 66,410 Frcs. Es

werden daselbst Staatsbeamte, Officiere und Soldaten, unbemittelte Kranke aus gebildeten Familien aufgenommen. Die Anstalt hat 79 Freistellen. Das Kriegsministerium zahlt täglich für einen Officier 3 Frcs. 30 Cts., für Unterofficiere oder Soldaten 2 Frcs. 47 Cts.*).

Charenton hat einen traditionellen Ruf. *Sebastien Le Blanc*, Sieur de St. Jean, machte im Jahre 1641 zwei Mönchen eine grosse Schenkung behufs Gründung eines Hospitals. Das ist der Ursprung Charenton's (charité).

Das im Jahre 1645 eröffnete Hospital wurde bald durch ein Pensionat für Irre erweitert, und nach und nach wurden fast nur noch Geisteskranke daselbst aufgenommen. Die Revolution machte Charenton zu Staatseigenthum; im Jahre 1795 wurden die dort befindlichen Irren theils nach Hause geschickt, theils durch die flüchtenden Klosterbrüder mit in's Land genommen. Aber die Revolution, welche die Delirien vermehrte, liess Charenton nicht untergehen. Man musste den auf den Strassen und Plätzen sich umhertreibenden Irren ein gesetzliches Asyl gewähren, und ein Beschluss des Directoriums vom 27 Prairial des Jahres V gab Charenton seiner Bestimmung zurück, das nun dem Ministerium des Innern untergeordnet wurde. *Gastaldy*, Irrenarzt aus Avignon, war der erste Arzt daselbst. Ihm folgt im Jahre 1805 *Royer-Collard*. Damals waren in Charenton 400 Pensionäre. *Royer-Collard*, der Gründer des Athenaeums, der medicinischen Bibliothek etc., führte auch den ersten öffentlichen Cursus in der Psychiatrie ein. Die Anstalt wurde unter ihm durch die Frauen-Abtheilung und sonst erweitert. Durch den Director wurden damals zuerst Bälle, Concerte, Theater-Vorstellungen veranstaltet, zu welchen auch das Publicum und die Familien der Kranken Zutritt hatten — gegen Geld, um die Kosten zu decken. Schauspieler und Tänzerinnen traten auf die Bühne. Es entarteten diese Zerstreuungen und führten zu Unfug. Die öffentliche Meinung erhob sich gegen sie, und der Médecin en chef setzte es durch, dass diese zu wahren Melodramen entarteten Vergnügungen abgeschafft wurden.

Auch im Allgemeinen war die Staatsanstalt in einem schlechten Zustande, wie fast alle Irrenanstalten damals; die Räume meistens feucht, die Zellen vielfach mit grünem Moose bedeckt; die Ventilation mangelhaft; die Kost fast nur eine vegetabilische; die Unreinlichen schliefen auf Stroh, oft ohne Decken; die Nachttöpfe, die Trinkgeschirre wurden nur gereinigt, wenn eine Inspection stattfand. Die Irren wurden schlechten Tagelöhnern anvertraut, die sie an die Gurgel packten, um sich von ihnen los zu machen, sie in's Wasser

---

*) *Berthier*, l. c. 4 Sér. p. 77.

untertauchten, um sie zu bestrafen, und sie Neugierigen für Geld zeigten. Rasende und Convalescenten, Melancholiker und Idioten, Epileptiker und Ruhige lebten durcheinander; überall Langeweile und düsterer Müssiggang.

Im Jahre 1814 endlich wurde Charenton reformirt, und 1817 konnte *Foderé* in seinem Traité du délire (1, p. 188) eine Lobrede auf die Anstalt halten.

Im Jahre 1826 wurde *Esquirol* Arzt in Charenton, der, nachdem er fast alle Hospitäler Europa's besucht hatte, den bedeutendsten Einfluss auf die Verbesserung des Irrenwesens in Frankreich ausübte. Der Staat berücksichtigte die Vorschläge des berühmten Arztes, und er wurde der Schöpfer des Irrengesetzes vom 30. Juni 1838, das zwar auch jetzt noch vielfachen Angriffen Seitens der politischen Presse ausgesetzt ist.

Auf *Esquirol* folgten in Charenton *Foville*, *Archambault* und *Calmeil*, der noch jetzt Méd. en chef ist, seit 1852, wo *Archambault* seine Entlassung nahm.

Die Lage, der Bau, die Einrichtungen des jetzigen Charenton sind bekannt. Es liegt am Abhange eines Hügels auf 2 Terrassen, die durch bedeckte Gänge verbunden sind; auf der unteren trennt das Directionsgebäude und ein Hof, auf der oberen die Kirche, die Geschlechts-Abtheilungen. Jede der letzteren hat 8 Unter-Abtheilungen, 4 auf jeder Terrasse; die Abtheilungen für die Unruhigen liegen vom Centrum am meisten entfernt. Auf der oberen Terrasse ist für sehr laute Tobsüchtige noch ein eigenes kleines Gebäude, mit besonderem Hofe nach der Hinterfronte, eingerichtet. Die die rechte Seite einnehmende Frauen-Abtheilung ist alt und verbaut und soll demnächst erneuert werden. Die Abtheilung der Männer ist neu umgebaut. Die Gebäude sind einstöckig. Jede Unter-Abtheilung bildet ein nach vorn offenes, nur durch eine Gallerie abgeschlossenes Carré mit einem Garten in der Mitte; an den Gebäuden laufen offene Hallen. Irre ich nicht, so ist dieses sogenannte Systéme préau die Idee *Esquirol's*, welche man auch in der von ihm gegründeten Privatanstalt zu Ivry in der Abtheilung für Aufgeregte wiederfindet.

Die viel gerühmte und viel angegriffene Staatsanstalt hat auch jetzt noch manche Fehler und Mängel, die dem sachverständigen Besucher nicht entgehen werden.

Es sind dort 600 Kranke, nur Pensionäre. Die Zahl der jährlichen Aufnahmen beträgt ca. 260; darunter 200 Männer, unter ihnen ca. 60 pCt. Paralytiker!

Der ärztliche Stab besteht aus einem Médecin en chef, 5 Hülfs-

ärzten, einem Chirurg und einem Apotheker mit Gehülfen, die alle in der Anstalt wohnen.

Der Director ist verantwortlich; ihm assistirt eine administrative Commission.

In der Anstalt fungiren nach *Berthier* (l. c.) 75 Wärterinnen und 60 Wärter, ausserdem auf der Frauen-Abtheilung 20 Ordensschwestern (Augustinerinnen), denen auch die Küche und die Wäsche anvertraut ist.

Der Restraint herrscht in Charenton in grosser Ausdehnung und wie es scheint, stellenweise in zu grosser Rigorosität. Nach *Berthier* kommen

auf 100 Männer 2,4 in der Jacke, 8 in der Zelle,
auf 100 Frauen 5 „ 8 „

Die Pensionaire Charenton's werden draussen in Feld und Garten nicht beschäftigt, dafür haben sie viele andere Zerstreuungen. Die Soiréen erinnern noch an die alten Festlichkeiten, ohne das Ansehen des Hauses bei den Pariser Irrenärzten zu erhöhen. Mich erinnerte Charenton an das Wort *Conolly's*: Restraint ist Vernachlässigung; jedenfalls ist die Anstalt nicht, was sie ihrem Prospectus nach sein soll, ein Muster für ganz Frankreich.

Leider blieb mir keine Zeit, die in der Umgebung von Paris im Bau begriffenen agricolen Anstalten Ville Evrard und Vaucluse zu besuchen, von denen die erstere ganz nach dem Muster von St. Anne erbaut und fast vollendet ist. Der Freundlichkeit des Collegen *Mugnan* in St. Anne verdanke ich ausführlichere Notizen über die beiden Etablissements, die ich demnächst in unserer Zeitschrift veröffentlichen werde.

Schliesslich fühle ich mich verpflichtet, den Pariser Collegen für ihre vielfachen Belehrungen und dem Geh. Med.-Rath Dr. *Nasse*, mit dem ich St. Anne und Charenton besuchte, und der meinem Gedächtnisse oft zu Hülfe kam, hier meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

An diesen Vortrag schlossen sich weitere Unterhaltungen und Bemerkungen über das Irren- und Anstaltswesen in Paris, die Irren-Colonieen, familiale Behandlung der Geisteskranken u. s. w., an denen sich namentlich *von Zeller*, *Hugen*, *Vorster*, *Sander* und die Schriftführer betheiligten, worauf, da sonst keine Vorträge angekündigt waren, die Sitzung geschlossen wurde.

Eine dritte Sitzung, die nach der Wahl des Sanitätsrathes Dr.

Vorster zum Präsidenten auf Samstag den 25. September anberaumt worden war, kam nicht mehr zu Stande, da die Mehrzahl der Mitglieder der Section vorher schon abgereist war. Es war deutlich zu bemerken, dass die Tage in Heppenheim und der Beginn der Versammlung in Frankfurt eine grosse Ermüdung hinterlassen hatten. Da an letzterer auch die Schriftführer einigermaassen participirten, so werden die Mitglieder der Section es entschuldigen, wenn ihre Bemerkungen zu den zwei ersten Vorträgen nicht vollständig oder nicht ganz genau hier wieder gegeben worden sind. Die verehrliche Redaction unserer Zeitschrift wird gewiss gern ihre Ergänzungen und Correcturen aufnehmen, um welche dann auch die Schriftführer bitten.

Zur Casuistik.

Unregelmässig intermittirende, motorische und sensorische Neurose, ausgehend von Spinal-Irritation. — Zu Anfang des Herbstes 1865 erkrankte der zehnjährige, wohlgebildete Sohn eines bereits verstorbenen, sein Lebelang von einer organischen Herzkrankheit begleiteten, Officiers, der jüngere Bruder dreier Schwestern (von denen zwei an anämischen Zuständen und mehr oder weniger an krankhaft erhöhter Sensibilität zu leiden hatten), anscheinend in Folge einer eben vorausgegangenen Erkältung bei rauher, nasskalter Witterung an *Intermittens tertiana.* Der Knabe war von lebhaftem Temperament; als einziger Sohn ein wenig verzogen, doch nicht ausgeartet; reizbarer, sensibler Constitution; während des letzten Sommers merklich gewachsen und in der Ernährung etwas zurückgekommen. Nach Beseitigung einiger gastrischen Symptome wurde die *Intermittens* durch Chinin bekämpft; doch machte sie mit unregelmässiger Periodicität noch einige unvollkommene Recidiven, während sich von Zeit zu Zeit psychische Erscheinungen von Zuckungen, die den Rumpf und die Extremitäten erschütterten, dazwischenschoben. Im Laufe der nächsten Wochen verschwanden die Andeutungen des Wechselfiebers völlig; dagegen wurden die krampfigen Zuckungen häufiger und bildeten anfangs momentane, schnell vorübergehende, bald aber länger dauernde Anfälle, zwischen denen der Knabe sich wohl befand und keine Erinnerung derselben zu haben versicherte. Binnen Kurzem nahmen diese Zufälle einen choreaartigen Charakter an: das Gesicht verzog sich krampfhaft grimassirend; die Zuckungen verschwanden unter heftigen, stürmischen, voltigirenden Bewegungen; der Kranke war mit grosser Anstrengung schwer oder gar nicht im Bett zu halten; Stösse, die er dabei erlitt, empfand er nicht; er war völlig unbe-

sinnlich und reagirte auf keine Ansprache; oft stiess er einen lauten Schrei aus. Nach dem Anfalle, der sich bald über die Dauer einer halben und ganzen Stunde hinaus erstreckte, niemals des Nachts, zuweilen beim Niederlegen, gewöhnlich des Morgens beim Erwachen, meist am Tage eintrat und sich dann mehrmals erneuerte, war der Kranke wie im Schweiss gebadet. Er kam plötzlich wieder zu sich; die angespannten Muskeln erschlafften dann; er schien verwundert über die Situation, in der er sich fand. In den freien Intervallen war er durchaus lenksam. — Bald jedoch gesellten sich zu den Anomalieen der Motilität auch Erscheinungen, die den Anfall als einen förmlichen *Insultus maniacus* kennzeichneten. Der Kranke wälzte sich nicht mehr blos im Bett oder auf der Erde, sondern richtete sich auf, lief wild umher, sprang über Stühle und Tische, warf sie mit Heftigkeit um und zerbrach sie, widersetzte sich stürmisch den Versuchen, ihn zu beruhigen und zu bändigen, suchte denselben zu entrinnen, schlug auf seine Angehörigen, kratzte, biss, schrie auf oder sprach verwirrt, meist geschichtliche Reminiscenzen wiederholend oder commandirend. Mit dem Beginne des Anfalls gewannen stets die gleichen Ideenreihen, mit welchen der vorige geendet hatte, die Herrschaft. Obwohl er auf keinerlei Zureden zu merken, selbst nicht zu hören schien, so bemerkte man doch, dass, wenn er ungeduldig und heftig wurde, weil er sich auf einen Namen, etwa den eines Feldherrn, nicht besinnen konnte, die Nennung dieses Namens von Seiten seiner Umgebungen ihn sofort beruhigte. Auch diese Anfälle traten plötzlich ein und endeten eben so plötzlich nach halb- oder mehrstündiger Dauer. Bald erneuerten sie sich mehrmals am Tage; selten traten sie in der Nacht ein. Zu Zeiten wurde an alternirenden Tagen Remission oder Steigerung der Zufälle beobachtet, was jedoch nicht von Dauer war. In den freien Intervallen war der Knabe mild, freundlich, liebevoll gegen die Seinen, und beschäftigte sich eifrig mit allerlei Spielen oder mit Lesen; im Laufe der Zeit jedoch wurde er reizbar, höchst empfindlich gegen Geräusche, die ihm zuwider waren, und gegen seinen habituellen Charakter eigensinnig, herrschsüchtig; ja, sehr häufig trat der Anfall ein, sobald er Widerspruch erfuhr und seinen Willen nicht durchsetzen konnte. Als constante Erscheinung wurde festgestellt: dass bei dem Auftreten des Anfalls augenblicklich die Sehnen des Streckmuskels der grossen Zehe an beiden Füssen krampfig angespannt wurden, so dass beide *Pollices pedum* in die Höhe gerichtet waren und selbst gewaltsam nicht herabgebeugt werden konnten; mit dem Ende des Anfalls liess eben so momentan die Anspannung des genannten Gliedes nach, während zugleich eine räuspernde Exspiration, ein

einmaliges kurzes Hüsteln die Wiederkehr des Bewusstseins einführte, welche von einem freundlichen Blicke gegen die Umgebungen begleitet war. Die schon angedeutete Veränderung in der Stimmung und Gemüthsart des Kranken gab dem, durch verschiedene Beobachtungen erweckten Verdachte Nahrung, dass der Wille des Kranken nicht ohne Einfluss auf das Hervorbrechen seiner Krampfanfälle und bei diesen eine gewisse Affectation, selbst wohl Simulation im Spiele sei. So schien der Kranke, der ausserhalb der Anfälle stets über Frost klagte und für sein Bedürfniss nicht zu viel Kleidung erhalten konnte, eine grosse Scheu vor Zugluft und Furcht vor Kälte nicht blos zu empfinden, sondern selbst zu affectiren, indem er das Oeffnen der Fenster nicht dulden wollte; gewöhnlich wurde dadurch ein Anfall hervorgerufen. Gleichwohl konnte dieser Verdacht selbst durch das Experiment nicht zur Gewissheit erhoben werden; zuweilen widersprach sogar das Ergebniss demselben auf's Entschiedenste. Als sicher wurde dagegen durch das Experiment festgestellt: dass der Kranke ausserhalb der Anfälle sich dessen, was während derselben mit ihm vorgegangen war, nicht erinnere. Jedenfalls war der Einfluss des Willens verschwindend gering gegenüber den ihm völlig entzogenen Krankheitsäusserungen. — Zu dem angegebenen Symptomencomplex gesellte sich jedoch im Verlaufe der Krankheit, die sich über den ganzen Winter hinzog, noch eine allmählig sich entwickelnde Paraplegie, welche vorzugsweise die Adductoren der Ober- und Unterschenkel betraf. In den von den Anfällen freien Intervallen war der Kranke bald völlig unfähig zu stehen; hinreichend unterstützt, konnte er sich nur mühsam fortbewegen, während sich bei jedem Schritte die Beine kreuzten: daher er diese freien Zeiten stets sitzend oder liegend zubrachte. Mit dem Eintritte des Anfalls dagegen gewann er sogleich die vollkommene Herrschaft über die unteren Extremitäten: er ging, lief, sprang nicht nur unbehindert, sondern selbst mit Virtuosität; alle Lähmungs-Erscheinungen waren jetzt verschwunden, die grosse Zehe während des Anfalls fortwährend aufgerichtet. Gleichzeitig verminderte sich auch die Sehkraft des Knaben; er konnte während der freien Intervalle (während der Krampfanfälle entschwand die Möglichkeit der Beobachtung) Zahlen und Buchstaben nicht mehr erkennen. Auch rücksichtlich dieser Erscheinung konnte der Verdacht der Affectation oder Simulation durch das Experiment nicht bestätigt werden.

Während des fast achtmonatlichen Verlaufes der Krankheit konnte die Beobachtung, an welcher der Hausarzt, mein geschätzter College, Herr Medicinalrath *Kittel*, mir Theil zu nehmen gestattete, nach allen Seiten hinreichend vervollständigt werden. Die Ver-

dauungsfunctionen des Patienten erlitten zuweilen, doch niemals dauernd, einige Störungen, die gewöhnlich leicht zu beseitigen waren; der Appetit war meist lebhaft; gleichwohl kam die Ernährung allmählig sehr merklich herab. Die Blässe des Gesichts und der *Conjunctiva* der Augenlider nahm zu und deutete auf Blutmangel. Im Herzschlage liessen sich öfters Unregelmässigkeiten und leichte, kaum bestimmbare Nebengeräusche bemerken: doch waren diese Erscheinungen nicht constant, schienen vielmehr von der Heftigkeit der vorausgegangenen Anfälle abhängig. Der Puls schlug meist mit kleiner Welle, die sich jedoch gelegentlich wieder hob, und war von angemessener Frequenz. Nie klagte der Kranke über Schmerzen, ausgenommen zeitweise über Rückenschmerz, jedoch leichthin und fast nur auf Befragen, und vielfältige Untersuchungen liessen grosse Empfindlichkeit der Wirbelsäule entdecken, die jedoch oftmals den Ort wechselte.

Nachdem verschiedene Heilanzeigen, die wir in's Auge fassen zu müssen glaubten, sich als unergiebig erwiesen hatten, — wobei sich übrigens stets wiederholte, dass die Anwendung der verschiedenartigsten äusseren und inneren Kurmittel für eine kurze Zeit auffällige Veränderung der Krankheitserscheinungen herbeizuführen schien, der jedoch bald nur Steigerung derselben folgte, — lenkte die Beständigkeit mehrerer der oben hervorgehobenen Symptome das Augenmerk immer von Neuem auf das Rückenmark, als auf den ursprünglichen Sitz des Leidens und den Ausgangspunkt der beiden hervorragenden Symptomen-Gruppen im Bereiche des motorischen und des sensorischen Nervensystems zurück. Zwar war der Versuch, von dieser Seite dem Uebel beizukommen (durch Application von Blutegeln, fliegenden Zugpflastern, Oel-Einreibungen, kalten Fomentationen und mässigen kalten Douchen auf die Wirbelsäule), bereits einmal erlahmt. Ein beträchtlicher Nachlass der Krankheit, der bereits zur Genesung Hoffnung machte, und welcher vielleicht der Nachwirkung dieses Kurversuches zuzuschreiben war, während er, wohl irrthümlich, der steigenden Anwendung von *Belladonna*-Extract mit Kirschlorbeerwasser zugeschrieben wurde, — hatte in der That den Knaben schon soweit gebracht, dass er, des Gebrauchs seiner Füsse einigermassen mächtig, bei günstigem Frühlingswetter eine Stunde sitzend oder selbst kurze Strecken gehend im Freien zubringen konnte. Hiebei fand jedoch unzweifelhaft an einem windigen Tage eine Erkältung statt und unverzüglich ging Alles, was an Besserung gewonnen war, wieder verloren. Fortan wurden ausschliesslich, abwechselnd an den verschiedenen durch Empfindlichkeit gegen Druck oder durch subjective Schmerzempfindung gekennzeich-

neten Stellen der Wirbelsäule Zugpflaster von *Empl. Cantharid. perpet.* applicirt und neben mild nährender Diät innerlich *Elix. Acid. Halleri* angewendet. Hiebei genas der Kranke innerhalb 4 Wochen vollständig, indem die Anfälle von Krampf und Unbesinnlichkeit allmählig kürzer und seltener wurden, dann völlig verschwanden, die Unter-Extremitäten mehr und mehr erstarkten und selbst ein, für längere Zeit nachgebliebener, auffallender, hüpfender Gang sich verlor. Ein ländlicher Aufenthalt während des Sommers diente als heilsame Nachkur. — Gleichwohl wurde genau nach Jahresfrist eine unvorsichtig mit zu leichter Bekleidung an einem kalten Tage unternommene Fahrt Veranlassung eines Recidivs, das sich sogleich am folgenden Tage einstellte: mit den früher beobachteten Krampferscheinungen an den Streckmuskeln der *Pollices pedum*, mit leichter Unbesinnlichkeit, selbst mit Delirien, welche sich wieder genau in den früher herrschenden Ideen bewegten. Empfindlichkeit der Wirbelsäule konnte diesmal nicht constatirt werden. Doch waren jetzt die Zufälle von geringerer Intensität und kürzerer Dauer und sie verschwanden bald unter Regulirung der Diät und bei dem Gebrauche von Chinin und Mineralsäure. Eine fortgesetzte Rustication in Verbindung mit Turnübungen vervollständigte die Genesung des Knaben, der hierauf nach einjähriger Unterbrechung des Schulbesuches diesen ohne Nachtheil wieder aufnehmen konnte. —

Diese Beobachtung giebt zu mancherlei Betrachungen Veranlassung. Erstens lässt sie unzweideutig den Ausgangspunkt der ganzen Krankheit in dem Rückenmark oder seinen Hüllen erkennen, welche offenbar, und zwar wiederholentlich, in Folge einer Hauterkältung in einen Leidenszustand versetzt waren. Diese Affection gab sich anfangs kund in der Uebelseinsform einer dreitägigen *Intermittens*, — weiterhin in motorischen Krämpfen (Zuckungen), und zuletzt verband sich mit diesen eine Störung der geistigen Functionen, die mit ihnen gleichen Schritt hielt, gleich plötzlich auftrat und verschwand und mit gleichen Intervallen aussetzte. Die Psychose stellte gleichsam einen periodischen Krampf der sensorischen Organe, einschliesslich der Sinnesnerven, dar, welcher gleichzeitige Anfälle mit denen des motorischen Krampfes bildete, den letzteren jedoch in den Hintergrund drängte. Es zeigt sich hierin deutlich die nahe Verwandtschaft zwischen motorischem Krampf und psychischer Alteration. — Weiter beweist dieser Fall, dass ebenso wie hysterische Kranke auch andere Individuen von erhöheter Sensibilität dieser Combination von Krämpfen in beiden Sphären des Nervensystems unterworfen sein können. — Ferner widerlegt diese Beobachtung auf's Bestimmteste die Ansicht derjenigen Pathologen, welche die

bei der Geistestörung zu Grunde liegende Affection der sensorischen Nervencentra ausschliesslich auf Blutcongestion oder Entzündung zurückführen; sie liefert den kaum zu verwerfenden Beweis, dass jene Affection, selbst wenn sie das ausgeprägteste Bild der Manie darstellt, wenigstens in gewissen Fällen, namentlich da, wo sie eine Folge rheumatischer Erkrankung ist, auf einer anderen Art von Alteration der motorischen und sensorischen Nervencentra beruhen muss, welche jene Functionsstörungen hervorrufen, und die mit der Blutvertheilung innerhalb derselben wenig oder nichts zu thun haben kann, — es sei denn, dass der vaso-motorische Einfluss der Nerven eine Anomalie derselben bedinge. — Aufmerksamkeit verdient auch das eigenthümliche Symptom eines leichten Hüstelns, mit welchem die Krampfanfälle regelmässig endeten und das auf eine Mitleidenschaft des *Vagus* oder *Sympathicus* scheint bezogen werden zu müssen. — Die auf der Höhe der Krankheit in den freien Intervallen beobachtete, während der Krampfanfälle aber spurlos verschwindende Functionshemmung der Muskeln der unteren Extremitäten wird nicht als „Paralyse", sondern als besondere Form des motorischen Krampfes aufzufassen sein; doch auch bei dieser Auffassung hat sie genug des Räthselhaften, insofern während der Anfälle an die Stelle dieser Krampfform regelmässig ein tonischer Krampf gewisser Streckmuskeln (der *Pollices pedum*) trat.

Uebrigens reiht sich dieser Fall in gewisser Weise an die Beobachtungen von „doppeltem" oder „alternirendem" Bewusstsein, über welche Prof. *Jessen* in der Section für Psychiatrie und Staats-Arzneikunde der Naturforscher-Versammlung zu Hannover 1865 einen interessanten Vortrag gehalten hat.

Flemming.

Fall von zahlreichen Aneurysmen in der Corticalsubstanz des grossen Gehirns. — Der 87jährige Tagelöhner *Bartels* überstand vor 14 Jahren eine acute Krankheit, über welche nichts weiter ermittelt werden konnte, als dass sie mit heftigen Kopfschmerzen verlief. Nach derselben wurde eine bisher nicht vorhandene Schwäche bemerkt, welche allmählig zunahm. Im letzten Jahre zeigte *B.* sich mitunter unruhig, blieb Nachts nicht im Bette, lief ohne Kleidung umher, nahm einmal Feuerbrände aus dem Ofen, und wurde deshalb am 18. December 1865 der Anstalt Sachsenberg übergeben.

Patient war in hohem Grade blödsinnig. Er sprach sehr wenig, antwortete nur auf die einfachsten Fragen, bekümmerte sich nicht um seine Umgebung, war mit Allem zufrieden, freundlich und leicht zu lenken. Nachts oft unruhig und unreinlich.

Er ist von kleiner Statur, schlecht genährt. Die Pupillen gleich weit, von normaler Reaction. Farbe der Wangen etwas cyanotisch. Die Zunge wird gerade herausgestreckt. Sprache langsam und schleppend. Starkes Zittern der Extremitäten. Der Gang sehr unsicher und langsam. Die Arterien rigide. Puls 60 bis 70, gross, meist unregelmässig. Temperatur normal, doch an den unteren Grenzen, häufig 29,0° und 29,2° R.*). Körpergewicht bei der Aufnahme 93½ Pfund, Mitte Januar 95, Mitte Februar 90 Pfund.

Am 28. December bekam *B.* eine Pneumonie auf der rechten Seite, welche sich nicht vollständig löste, obwohl das Fieber am 8. Januar aufhörte und der Kranke das Bett verlassen konnte. Seitdem häufige Fieberbewegungen und neue pneumonische Infiltrationen. Er musste oft das Bett hüten, wurde ganz kraftlos und apathisch. Am 10. April trat auch Entzündung der linken Lunge ein, welche am 16. tödtlich endete.

Auffallend war, dass der gewöhnlich unregelmässige Puls an einigen Tagen ganz regelmässig gefunden wurde, so zuerst am 12. Januar bei einer Frequenz von 84 und einer Temperatur von 29,2° R., am 14. Januar bei 80 und 29,8° R., am 14. April bei 128 Schlägen, 29,6° R. und einer Respirationsfrequenz von 34.

Mit Rücksicht auf die bei der Section gefundene Vergrösserung der *Prostata* ist zu bemerken, dass niemals Urinbeschwerden stattfanden. —

Section 27 h. p. m.

Körper sehr abgemagert. Geringes Oedem der unteren Extremitäten bis über die Knöchel.

Die knöcherne Schädeldecke etwas verdeckt, geringe Hyperostose des Stirnbeins und der Scheitelbeine, stellenweise Sclerose der Diploë.

Dura mater in kleinem Umfange mit dem Stirnbeine mässig fest verwachsen, kaum verdickt. Die weichen Meningen ziemlich blutreich, etwas verdickt und weisslich getrübt, ohne ödematöse Infiltration. *Pia mater* von der Gehirnoberfläche überall leicht lösbar.

Ganz ungewöhnlich ist das Aussehen des grossen Gehirns nach Entfernung der *Pia mater:* Ueberall auf der Convexität und auf der Basis zeigen sich schwärzliche

*) Nach den meisten Angaben steigt die Temperatur im höheren Alter, soll im 70sten Jahre normaler Weise etwa 29,9° R. sein. Bei bejahrten Geisteskranken ist dies, wenn ich nach den wenigen mir zu Gebote stehenden Fällen schliessen darf, nicht der Fall.

Pünktchen, etwa 2—4 auf jedem Quadratzoll, höchstens von der Grösse eines kleinen Stecknadelkopfes, so dass die Gehirnoberfläche einem gelbröthlichen Stoffe, welcher mit vielen schiefergrauen Pünktchen getüpfelt ist, ähnlich erscheint. Die Pünktchen liegen meist dicht unter der *Pia mater*, jedoch sämmtlich von einer ganz dünnen Schicht der Corticalsubstanz bedeckt, durch welche sie sehr deutlich durchschimmern. Zum Theile wölben sie die äusserste Corticalschicht etwas hervor, einige wenige liegen auch tiefer, in der mittleren grauen Schicht der Rinde. Weder in der weissen Substanz des grossen Gehirns, noch irgendwo im *Cerebellum*, finden sich ähnliche Pünktchen; an der Oberfläche des Gehirns sind sie anscheinend gleichmässig vertheilt. Befreit man die grösseren, durch Abpinseln unter Wasser, von der Gehirnsubstanz, so erscheinen sie kugelförmig; werden sie gedrückt, so zeigt sich in jedem ein kleines, dunkles, frisches Blutgerinnsel

Abgesehen von diesen Stellen ist die *Corticalis* von normaler Farbe und Consistenz, mässig blutreich, undeutlich geschichtet. Die Hirnwindungen zeigen keine Spur der sogenannten senilen Atrophie, sie sind breit, mit engen *Sulcis*, ohne seröse Ergüsse im Subarachnoidealraum. Die Marksubstanz ist rein weiss, blutarm, etwas ödematös, in keiner Weise abnorm zäh oder hart Der *Ventric. sept. pelluc.* und beide Seitenventrikel etwa um das Doppelte erweitert. **Das *Ependyma* der mittleren Hörner, über dem *Pes hippocampi maj.*, beiderseits etwa in der Länge von ½ Zoll sehr fest verwachsen.** In den *Plexus chorioid.* reichliche Cystenbildung. Vierter Ventrikel ebenfalls sehr weit, sein *Ependyma* schwach granulirt. Gehirnanhang auffallend fest.

Die Gefässe an der Basis des Gehirns etwas atheromatös, jedoch nicht abnorm geschlängelt oder erweitert.

Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigt sich sogleich, dass die schwärzlichen Punkte durch kleine Aneurysmen gebildet werden. Die Erweiterung ist meist kugel-, seltener spindelförmig. Vor derselben scheinen die Gefässchen häufig etwas verengert. Der Durchmesser dieser Arterienstämmchen variirt zwischen 0,06 Mm. und 0,02 Mm., derjenige der Aneurysmen zwischen 0,38 und 0,13 Mm. Die Arterienhäute sind nicht verdickt, und die Aneurysmen werden von allen drei Häuten gebildet. Eine Zerreissung der inneren und mittleren Haut, so dass die Erweiterung nur von der äusseren Haut begrenzt war, konnte nirgends gefunden werden. An vielen mikroskopischen Arterien wie an den Capillaren zeigte sich fettige Entartung in geringem Umfange, besonders an Theilungsstellen. Weitere

Veränderungen der Capillaren, z. B. Erweiterungen, wurden nicht gesehen. ebensowenig Aneurysmen in den Gefässchen der *Pia mater* und der *Plexus chorioidei*. Die Venen überall normal. — Das *Ependyma* des vierten und beider Seitenventrikel etwas verdickt, enthält zahlreiche Amyloidkörperchen. —

Rückenmark. Die *Dura mater* auf der inneren hinteren Seite vielfach weiss getrübt und etwas verdickt, wie mit Mehl bestreut. Die mikroskopische Betrachtung ergiebt, dass die Trübung durch Kalkmolecüle bedingt ist, welche sich bei Zusatz von Salzsäure auflösen. *Pia mnter* zart. Das Rückenmark von normaler Consistenz und Farbe.

In vielen Nervenzellen des Gehirns, und, wie immer, noch mehr in denen der *Med. spin* , findet sich die bekannte gelbliche, auch bräunliche, feinkörnige Einlagerung. —

Die rechte Lunge fest mit der Costalpleura verwachsen. Der obere Lappen luftleer, verhärtet, auf den glatten Schnittflächen schwarz und weiss marmorirt. In beiden unteren Lappen schlaffe, rothbraune, lobuläre Infiltrationen und etwas Oedem. Die linke Lunge unten mit einer frischen dünnen Fibrinschicht überzogen, die Spitze des oberen Lappens stark emphysematös, der untere Theil des oberen und der ganze untere Lappen frisch pneumonisch infiltrirt. Die Bronchien durchweg etwas erweitert.

Das Herz hypertrophisch. Wandung des linken Ventrikels etwa um das Doppelte verdickt, Musculatur blass, graugelblich, glänzend. Die Höhle des Ventrikels eher verengt. In den Aortaklappen starke Kalkeinlagerung, keine Insufficienz, die *Sinus Valsalvae* aneurysmenartig erweitert. *Aorta ascend.* sehr weit; in ihr und noch mehr in der *Aorta abdom.* mässig ausgedehnte, nicht hochgradige atheromatöse Ablagerung.

Unter dem Mikroskop zeigen die Muskelfibrillen des linken Herzens starke fettige Entartung, so dass in manchen nur eine Reihe von Fettkügelchen sichtbar ist.

Die Leber gross, blutreich. Im rechten Lappen ein keilförmiger, sog. metastatischer Abscess, an der Oberfläche thalergross, etwa 1 Zoll in das Gewebe dringend, auf dem Durchschnitte gelbroth und braun marmorirt.

Die Milz gross, hellbraun, weich.

Die Nieren normal.

In der Magenschleimhaut viele kleine, schwarze Pigmentirungen. An der hinteren Wand zwei erbsengrosse, dünngestielte polypöse Wucherungen. Darmkanal normal.

Prostata sehr gross, etwa wie eine Kugel von 1½ bis 2 Zoll

Durchmesser. Das Gewebe auf dem Durchschnitte glatt und derb. Die mikroskopische Untersuchung zeigte die normalen histologischen Bestandtheile des Muskel- und Drüsengewebes und zahlreiche, aber nur kleine, geschichtete Concretionen.

Epicrise.

Was für eine acute Krankheit die Geistesstörung hervorgerufen hat, ist nicht mit Sicherheit zu bestimmen. Der Leichenbefund, in Verbindung mit dem Umstande, dass die geistige Störung sogleich als Blödsinn auftrat, scheint dafür zu sprechen, dass es eine Meningitis mit Entzündung des *Ependyma* der Ventrikel gewesen sei. In wie weit die Verwachsung der Seitenventrikel für die Psychose von Wichtigkeit war, muss völlig dahingestellt bleiben.

Von Interesse sind die kleinen Aneurysmen durch ihre Menge, ihre gleichmässige Verbreitung, und ihren Sitz allein in der Rindensubstanz des grossen Gehirns. Auch dass alle drei Arterienhäute, unversehrt ausgedehnt, die Erweiterung bildeten, ist weniger häufig. Gewöhnlich findet man bei solchen mikroskopischen Arteriektasieen des Gehirns, dass die *Intima* und *Media* zerrissen sind, und die Aussenhaut allein vorgewölbt ist.

Auffallend auch erschien mir bei so hohem Alter und langjährigem Blödsinne, dass das Gehirn die gewöhnlichen Zeichen der senilen Atrophie nicht in höherem Grade darbot. *Löwenhardt*.

Cysticercen in der Schädelhöhle. — *W. St.*, Tischler aus Magdeburg, 43 Jahr alt, seit neun Jahren verheirathet, ohne nachweisbare erbliche Anlage zu Nervenkrankheiten, von kräftiger Constitution und fester Gesundheit, lebhaftem, zu Zornausbrüchen geneigtem Temperament und Liebhaber von Spirituosen, erkrankte Weihnachten 1865 unter den Erscheinungen allgemeiner Depressionszustände und gleichzeitiger Entwickelung eines *Eczema capitis*. Er wurde still und in sich gekehrt, mied Gesellschaften, suchte die Stille und Einsamkeit auf, und wurde leicht gereizt und ärgerlich, wenn der Versuch gemacht wurde, ihn aus diesem Zustande herauszureissen und zu Zerstreuungen zu veranlassen. Zu der nämlichen Zeit fing er an über allerhand Leiden zu klagen. Er fühle sich matt und abgeschlagen, der Kopf thue ihm weh, der Appetit liege darnieder, das Essen schmecke nicht recht und zu Oefterem quäle ihn Druck und Vollsein im *Epigastrium* und Stuhlverstopfung. Da er indessen seine Arbeit nach wie vor verrichtete, gewöhnte sich seine Anfangs sehr besorgte Frau an diese Klagen, sah sie bald als Ausdruck blosser übler Laune

an und schenkte ihnen endlich nur noch wenig oder gar keine Beachtung.

Allein mit dem Monat Juli 1866 änderte sich das Verhältniss. Nachdem *St.* durch gedankenloses Verschneiden von Brettern zu wiederholten Unannehmlichkeiten Veranlassung gegeben hatte, wurde er aus dem Verhältniss, in dem er bis dahin elf Jahre gestanden, entlassen. Von diesem Momente ab wurde er unruhig, jähzornig und brutal. Er fing an bei jeder Gelegenheit mit seiner Frau zu zanken, mit der er bis dahin glücklich und friedfertig gelebt hatte, liess sich sogar zu Thätlichkeiten gegen dieselbe hinreissen und tobte endlich gegen alles, was ihm in den Weg kam, gegen lebende und todte Gegenstände, zertrümmerte Möbel, Thüren, Fenster, und drohte Jedermann mit Prügeln. In Folge dessen wurde er in das Magdeburger Krankenhaus aufgenommen und daselbst von Herrn Dr. *Schneider* behandelt. Nach dem Zeugnisse desselben muss sehr bald eine Beruhigung des Patienten eingetreten sein, da eigentliche Tobsuchtsanfälle ausdrücklich in Abrede gestellt werden. Zwar habe Patient anfänglich sich durchaus nicht wollen halten lassen, immer und immer habe er seine Entlassung verlangt und sogar Fluchtversuche unternommen, sehr bald jedoch einen grossen Gleichmuth an den Tag gelegt, zumeist ruhig und still dagesessen und vor sich hin gestarrt. Während er in der ersten Zeit sehr viel gesprochen und seine Pläne für die Zukunft entwickelt habe, alltäglich geäussert, dass er künftighin die Tischlerei auf eigene Hand betreiben und ein fabrikmässiges Geschäft einrichten werde, wozu er es für ein Leichtes halte, das nöthige Geld leihweise aufzutreiben, sprach er späterhin niemals aus freien Stücken, und gefragt gab er nur kurze, karge Antworten.

Am 13. November wurde er der Provinzial-Irrenanstalt bei Halle übergeben. Bei der Aufnahme in dieselbe machte er den Eindruck eines durchaus Blödsinnigen. Er sprach nicht, schwieg selbst auf wiederholte Fragen, starrte vor sich hin, oder liess nichtssagend den Blick in die Ferne schweifen und verrieth durch nichts seine Theilnahme an dem, was um ihn und mit ihm vorging. Sein Gang wie seine Bewegungen waren schwerfällig und plump, allein offenbar nur aus Vernachlässigung und nicht aus Unvermögen, es anders zu machen. Ob die Sensibilität herabgesetzt gewesen, liess sich nicht bestimmen, ausser einer Vergrösserung der Milz, überhaupt keine Organveränderungen nachweisen. Die Pupillen waren gleich weit, reagirten träge, jedoch gleichmässig, die Zunge wurde gerade herausgestreckt und ruhig gehalten, der Puls war schwach, 72—80, die Respiration oberflächlich, 16 in der Minute.

Nach etlichen Tagen schien sich *St.* an seine Umgebung gewöhnt zu haben. Er that wenigstens den Mund wieder auf und sprach. Allein alle seine Aeusserungen verriethen den schwächlichen Grössenwahn der progressiven Paralyse. „Ich will wieder zum Meister *Neumann*. Da habe ich wöchentlich 20 Thüren gemacht und für jede Thür 3 Thaler erhalten und noch jede Woche 100 Thaler extra und dazu eine goldene Uhrkette und eine goldene Uhr.“ Dabei machte sich eine Erschwerung der Sprache bemerkbar. Die Zunge schien nicht zu gehorchen. Es war, als ob sie bei jedem Worte erst mühsam in die gehörige Stellung gebracht und in dieser erhalten werden musste. Ein sehr häufiges Anstossen und Stocken und eine langsame, gedehnte, fast lallende Aussprache waren die Folge. Der Appetit, die Verdauung waren gut, der Schlaf im Ganzen ruhig und fest.

Allein dieser Zustand hielt nicht lange an. Sehr bald wurde *St.* still, sass in sich gekehrt in dumpfem Hinbrüten da, ignorirte alles, was um ihn herum sich zutrug, ausgenommen das Essen. In den ersten Tagen des März zeigte er aber auch dafür keine Neigung mehr. Die Untersuchung ergab, dass er an einem fieberhaften Zustande mit allerhand gastrischen Erscheinungen litt. Durch fast acht Tage stellte sich allabendlich eine Temperaturerhöhung bis zu 38, 38,5, 38,8° C. und Steigerung der Pulsfrequenz bis zu 100, 104, 112 Schlägen p. M. ein, wobei eine dickbelegte Zunge, angehaltener Stuhl und jene erwähnte Appetitlosigkeit, zugleich aber auch eine leichte psychische Erregung bestand. Er sprach wieder, erzählte aus eigenem Antriebe, dass er ein sehr wohlhabender Mann sei, der in Magdeburg ein eigenes Haus besitze, die Tischlerei fabrikmässig betreibe, hundert Gesellen in Arbeit habe und alle Tage viel Geld verdiene. In Betreff der Sprache liess sich keine grössere Störung bemerken, als sie schon vor Monaten bestanden hatte, auch liess sich feststellen, dass die Sensibilität nicht oder nur sehr wenig gelitten hatte. Wurde *St.* nämlich während seiner Erzählung mit einer Nadel gestochen, so schien er zwar Anfangs den Schmerz nicht zu empfinden, indessen sehr bald unterbrach er sich, indem er halbvergnügt ausrief: „Sie stechen mich ja, das thut ja weh!“ und localisirte den Schmerz ganz richtig. An den Augen waren keine Anomalieen wahrzunehmen, keine Pupillendifferenzen, kein Schielen. Zu bemerken ist, dass *St.* stets mit vorgebeugtem Kopfe im Bette lag, ohne denselben auf dem Kissen ruhen zu lassen, und dass er auch so schlief.

Nach dem 8. März trat ein Nachlass der fieberhaften Erscheinungen ein und mit ihnen verschwanden die gastrischen Störungen;

zugleich liess auch die psychische Erregung nach und der alte Stupor griff Platz. Allein als mit dem 20. März der beschriebene fieberhafte Zustand sich wiederholte, kehrte auch die Lebhaftigkeit wieder. Ja sie war diesmal so stark vorhanden, dass sie ihre grossen Unannehmlichkeiten hatte. *St.* verliess nämlich sehr oft sein Bett, rannte unangekleidet im Zimmer herum, drehte Stuhl und Bettstellen um, warf das Bettzeug durcheinander. „Ich bin der König und deutsche Kaiser. Ich habe 100,000,000 Ducaten und eine goldene Krone und einen Stern, und rothe Hosen mit breiten goldenen Streifen, und eine Kutsche mit goldenen Rädern. Ich bin nicht krank. Lassen Sie mich nur nach Hause gehen. Ich bin so gesund, wie ein Fisch, und mir geht es ganz gut.“

Inzwischen war bei ihm ein pruriginöser Ausschlag zur Beobachtung gekommen, welcher als *Scabies* verdächtig mit *Balsam. peruv.* behandelt wurde. Der Ausschlag verschwand darnach in wenigen Tagen und fast gleichzeitig verschwanden auch die übrigen abnormen Zustände. Gegen das Ende der ersten Woche des April war das Fieber sammt den Abdominalerscheinungen beseitigt und an die Stelle der psychischen Exaltation war wieder die bekannte Depression getreten. *St.* sass wieder ruhig da, sprach kein Wort; zum Essen, zur Verrichtung seiner Nothdurft musste er besonders aufgefordert werden.

Am 11. wurde bei ihm ein frisch entstandenes linksseitiges Othaematom und wiederholtes Zähneknirschen bemerkt. Er wurde zu Bett gebracht und musste, da er keiner selbstständigen Handlung mehr fähig war, entkleidet, gefüttert, beim Bettmachen getragen und gehalten werden.

Den 12ten macht sich vermehrtes Zähneknirschen bemerkbar. Die Temperatur ist auf 38,76° gestiegen. Die Pulse 104, die Respiration 18 p. M. Die Pupillen gleich weit, reagiren gleichmässig. Schielen wird nicht beobachtet, dagegen leichte Contractionen in den Armen und Beinen und die oben erwähnte Vorwärtsbeugung des Kopfes. Die Reflexbewegung ist gering. Seine Excremente lässt Pat. unter sich gehen.

Den 13ten herrscht derselbe Zustand. Die Temperatur 38,6 C., Pulse 104, Resp. 18. Die Contractionen sind stärker geworden, leichter Trismus ist eingetreten.

Den 14ten liegt Patient ganz zusammengekrümmt da. Arme und Beine sind vollständig flectirt, die Arme ausserdem fest an den Rumpf angedrückt, lassen sich nur mit Mühe abziehen und strecken. Der Trismus ist so stark, dass die Zähne nicht mehr auseinander zu bringen sind und das Essen unmöglich geworden. Doch wird trotz-

dem der Unterkiefer unaufhörlich verschoben und das Zähneknirschen ist ein unausgesetztes. Pupillendifferenz und Schielen ist auch jetzt nicht zu bemerken. Die Temperatur beträgt 39,4 C., die Pulsfrequenz 104—108, die etwas schnaubende Respiration 28.

Am 15ten Morgens 4½ Uhr erfolgt der Tod.

Sectionsbefund. 7 Stunden p. m.

Ziemlich voller, gut genährter Körper mit bedeutender Todtenstarre, wenigen Leichenflecken an den abhängigen Stellen und einem weichen Othämatom auf der linken Seite.

Der Schädel ist gross, namentlich in die Breite entwickelt. Das Schädeldach ist ohne Schwierigkeit abzuheben, ist leicht, gleichmässig geformt, breit und dünn, ohne partielle Verdickungen oder Schwund, abgerechnet die Eindrücke Pacchionischer Granulationen zu beiden Seiten der Pfeilnaht. Die Nähte sind gut zu erkennen, die Diploë erhalten. Die grösste Schädelweite, zwischen *Tubera parietalia* gemessen, beträgt 14 Ctmtr., die Weite des Stirnbeins 11½ Ctmtr. Die Dicke schwankt zwischen 6 und 7 Mmtr. Die Schädelbasis bietet nichts Besonderes dar.

Die *Dura mater* ist gespannt, durchscheinend, bläulich gefleckt, ihre Gefässe blutarm. Auf der Scheitelhöhe sind wenige Pacchionische Granulationen durchgebrochen. In den *Sinus* ist wenig frisch geronnenes Blut. Sie sind weit und ohne Gebälk. Auf der inneren Seite der *Dura* sind zerstreute ältere und jüngere hämorrhagische Beläge, deren grösste und dickste in der linken mittleren und hinteren Schädelgruppe angetroffen werden. Die weichen Häute sind stark infiltrirt. Die allgemeine Trübung ist in den *Sulcis* und um die Gefässe stärker und erscheint daher fleckig. Die *Arachnoidea* ist wie bestaubt, die *Pia mater* mässig blutreich. Die Wände der Gefässe on der Basis sind verdickt, besonders die der *Aa. foss. Sylvii*, die *A. corpor. callosi sinistr.* ist obliterirt. An verschiedenen Stellen der *Pia*, meistens aber über einem *Sulcus* oder etwas in denselben hineingedrückt, finden sich sieben erbsen- bis haselnussgrosse Cysticercen, von denen einer über dem linken Stirnlappen schon in ein sechsergrosses, spitzeckiges Kalkblättchen umgewandelt ist. Die anderen, von denen je einer in den beiden *Fossae Sylvii*, einer nach der Spitze des rechten, ein anderer nahe der Spitze des linken Hinterhauptslappens, der sechste an der linken Medianfläche dicht vor dem Vorzwickel, der siebente in der rechten Hinterhauptsspalte liegen, sind theils mit einer dünnen, wässrigen, theils mit einer zähen, syrupsartigen Flüssigkeit erfüllt. Die *Pia mater* lässt sich im Allgemeinen leicht und glatt abziehen. Nur da, wo sich Cysticercen befinden, haftet sie fester an der Hirnsubstanz und nimmt beim Ab-

ziehen Theile derselben mit. An denselben Stellen sind auch die in die *Sulci* eindringenden Falten der *Pia* nicht zu verstreichen. Beide Blätter der Falte sind mit einander verklebt und bilden einen soliden Lappen, der einer Kerkringischen Darmfalte nicht unähnlich ist. An der Innenseite solcher Lappen finden sich linsen- bis sechsergrosse Auflagerungen einer hellgrauen, rauhen Masse, welche mit der Hirnoberfläche sehr innig zusammenhängt. Die Hirnwindungen sind ungleich, bald höher, bald niedriger gelegen nnd durch breite *Sulci* getrennt. Da, wo die Cysticercen sich befinden, sind diesen entsprechend grössere und kleinere, ziemlich regelmässig gerundete, 3—5 Mmtr. tiefe Eindrücke, deren Oberfläche rauh und uneben ist, und die sammt ihrer nächsten Umgebung durch röthere Färbung ausgezeichnet sind. Die Hirnmasse ist derb und fest. Die weisse Substanz ist zäh, schmutzigweiss, rosa gefleckt; die graue Substanz dunkel, erscheint schmal und in der dritten Schicht, sowie durch die ganze Masse der Cysticercenlager geröthet. Sie ist so spröde und brüchig, dass sich die äusserste Lamelle in grösseren Stücken blattartig abheben lässt. Da, wo die Cysticercen gesessen, sind einzelne verhärtete Stellen, welche nicht sowohl gesehen, als vielmehr blos beim Schneiden wahrgenommen werden. Die Ventrikel sind wenig erweitert und enthalten klares Serum. Ihre Wände sind von warzigen Ependymverdickungen übersäet. Dasselbe hat auch im *Aquaeduct. Sylvii* Statt. Die *Plexus* sind wenig bluterfüllt. Das kleine Gehirn ist zäh, die weisse Substanz schmutzig gelblich, die graue dunkel und geröthet. *Pons* und *Medulla oblongata* haben nichts Abnormes.

Gesammtgewicht des Hirnes 1,300 Grammes.

Die Rückenmarkshäute erscheinen normal, das Mark ist sehr weich, im Rückentheil zerfliessend, das Gewicht 58 Grammes.

Die Rippenknorpel sind vollständig verknöchert. Die linke Lunge ist durchweg angewachsen, die rechte blos im hinteren Theile, so dass in der rechten Pleurahöhle noch Raum für eine geringe Quantität klaren Serums vorhanden ist. Das Parenchym beider Lungen erscheint normal, an den abhängigen Stellen blutreich, aber lufthaltig. Die Bronchien enthalten wenig schleimige Flüssigkeit. Im Herzbeutel finden sich etwa 2 Unzen Flüssigkeit, im Herzen selbst keine Veränderungen. Die Milz ist gross, weich und brüchig, sehr dunkel, ist 16 Ctmtr. lang, 9 breit, an der dicksten Stelle 3½ Ctmtr. dick. Die Leber bietet nichts Ungewöhnliches dar. Die Nieren aber sind ungleich, da die linke grösser und blutreicher, als die rechte ist. Magen, Darm und Blase erscheinen gesund.

Mikroskopische Ergebnisse.

Die mikroskopische Untersuchung wurde sowohl an frischen, wie an Präparaten gemacht, welche in verdünnter Chromsäurelösung conservirt waren und lieferte folgendes Resultat:

Die *Pia mater* zeigt ein ziemlich verschiedenes Verhalten. Im Allgemeinen lässt sie eine deutlich faserige Textur erkennen und zahlreiche granulirte Kerne, von runder, länglicher, oder nierenförmiger Gestalt; aber nur an wenigen Stellen kommen Bindegewebskörperchen zur Erscheinung, die netzig verbunden sind, und noch sparsamer zeigen sich eigentliche Fibrillen. In der Umgebung der Cystocercen ist sie so stark von Körnchenzellen durchsetzt, dass erst nach mühsamem Zerzupfen das Gewebe deutlich wird. Die grösseren Gefässe der *Pia* erscheinen fast normal. Bei einigen nur lässt sich eine Verdickung der *Adventitia* oder eine Ausbuchtung derselben und eine Anhäufung von Kernen, Zellen, sogenannte Körnchenzellen, Fetttröpfchen, Pigment-Molecülen in den erweiterten Stellen wahrnehmen. Die kleineren Stämmchen indessen haben durchgängig mannigfache Abänderungen erfahren. Bei allen lässt sich eine Vermehrung der Kerne des Adventitialgewebes erkennen. In den niederen Graden erscheint das Gefäss durch dieselben wie durch Schnüre eingefasst und lässt im Uebrigen seine Structur erkennen: nur zerstreut zeigen sich über dem *Lumen* einige rundliche oder längliche Kerne; in den höheren Graden aber ist es nicht möglich, von den inneren Häuten auch nur eine Spur zu sehen. Kern liegt an Kern und dazwischen sind wieder Körnchenzellen, Fetttröpfchen und gelbliche Pigmentmolecüle eingestreut. Bei einigen der kleineren Gefässe erscheinen ausserdem die Ringfasern am Rande, wo sie sich umbiegen, verdickt, und das Gefäss erhält dadurch ein eigenthümliches Aussehen, wie die getrocknete *Trachea* kleiner Thiere, bei anderen finden abwechselnd partielle Verdickungen und Erweiterungen des Rohres statt, bei einzelnen wenigen scheint sogar ein vollständiger Verschluss eingetreten zu sein. Das Gefäss hat in diesem Fall durch seine ganze Breite ein sehr gleichmässiges, membranartiges Aussehen. Es erscheint der Länge nach unregelmässig streifig und faltig und an den abgerissenen Enden mehrfach gespalten und zerfasert. Ein Theil der Capillaren hat verdickte Wände mit zum grossen Theile fettig infiltrirten Kernen und Fettmolecülen, ein anderer ist sehr dünn- und zartwandig. Letztere sind bisweilen so dicht in einander gedrängt, dass von dem interstitiellen Gewebe nichts zu erkennen ist. Niemals erfolgt auf Zusatz von Jodlösung und Schwefelsäure an den Gefässen eine charakteristische Reaction.

Die linsen- bis sechsergrossen Auflagerungen an der Innenseite der *Pia* bestehen aus amorphem Bindegewebe mit einem grossen Reichthum an Kernen und Zellen, Körnchenzellen, gelblichen oder bräunlichen Pigmentmolecülen, vor allem aber an zarten, dünnwandigen Gefässen, welche bisweilen ganz allein die Masse zu bilden scheinen.

Die Gefässe der Hirnrinde zeigen so ziemlich die Eigenschaften der *Pia*-Gefässe. Bei einigen wenigen der grösseren ist der Adventitialraum so ausgedehnt, dass das übrige Gefäss wie von einem weiten Mantel umgeben ist; bei einer etwas grösseren Anzahl beschränkt sich diese enorme Ausdehnung nur auf geringe Strecken und ist allda mit granulirten Kernen und kleinen spindelförmigen Zellen erfüllt. Bei den meisten jedoch ist die Ausdehnung nur mässig. Körnchenzellen, fettig infiltrirte Kerne, Fetttröpfchen und Pigmentmassen erfüllen den Raum. Die Capillaren sind ganz allgemein in der oben beschriebenen Weise entfaltet und in den Cysticercenlagern hie und da zu dichten Büscheln angeordnet.

Die Grundsubstanz der Hirnrinde, die *Neuroglia*, scheint derber und grobkörniger geworden zu sein. Sie enthält sehr wenig amyloide Körperchen, aber stark verfettete Ganglienzellen. In den Cysticercenlagern ist sie von grossen Massen von Körnchenzellen, Fettkügelchenaggregaten und einer grösseren, wenn auch noch immer mässigen Anzahl amyloider Körperchen durchsetzt. Die Ganglienzellen sind daselbst vollständig mit Fetttröpfchen erfüllt, bis in den Hauptfortsatz hinein, und ihre Kerne mit Fett infiltrirt. An manchen Stellen sind die Zellen geradezu in Fettkörnchenhaufen umgewandelt und die verfetteten Kerne imponiren im ersten Augenblick als Körnchenzellen, mit denen sie untermengt sind. Da, wo die Ganglienzellen zerfallen sind, haben auch die Nervenfasern gelitten. Während sie selbst da, wo die Ganglien ganz und gar fettig infiltrirt sind, noch keine abnormen Eigenschaften erkennen lassen, scheinen sie hier in Reihen von Körnchen umgewandelt zu sein, die nur bruchstückenweise schon von vornherein vorhanden. bei jeder, auch der leisesten Verschiebung vollständig zerstört werden. Zwischen diesen abnormen Elementen liegen ausserdem zahlreiche Cholestearinkrystalle und Pigmentmolecüle, welche letztere bald eckig, bald rundlich, bald grösser, bald kleiner, in allen Farbenabtheilungen von gelb bis braun wechseln.

Allein die auffallendste Erscheinung bilden zerstreute, grössere und kleinere, unregelmässige, schwach glänzende Schollen von körnigem, an manchen Stellen streifigem Gefüge, welche mit scharfen Kanten, spitz-

winklichen Einschnitten und dunklen Contouren versehen durch unregelmässige Sprünge und Spalten zerrissen, von Körnchenzellen, degenerirten Ganglienkörpern, und granulirt erscheinenden Kernen von stark lichtbrechenden, bald vereinzelten, bald gehäuften Tröpfchen mehr oder weniger durchsetzt sind. Durch Salpeter-, Salz- und Schwefelsäure, ganz besonders durch Essigsäure hellen sich diese Schollen auf, erhalten ein körnig-streifiges Aussehen und werden so durchscheinend, dass nicht blos die erwähnten Körper in ihnen deutlich zu erkennen sind, sondern auch hie und da vereinzelte sie durchziehende Capillaren in ihnen wahrgenommen werden können. Nach mehrtägiger Essigsäureeinwirkung werden einzelne glasartig durchsichtig. Durch Jod-, Jodkaliumlösung färben sich dieselben intensiv gelb und bleiben es auch nach Zusatz von Schwefelsäure. Kali und Natronlauge greift sie nicht an, hellt sie aber wie die Säuren auf. Wird aber der Objectträger erwärmt, so erfolgt unter ihrer Einwirkung alsbald die Auflösung. Aether und Chloroform lassen sie unverändert, treiben indessen die fettigen Bestandtheile aus. Nicht alle Schollen reagiren gegen die Einwirkung der genannten Medien in gleicher Stärke. Je homogener ihr Gefüge ist, in desto höherem Grade treten die beschriebenen Verhältnisse hervor. Die schwächste Reaction erfolgt von Seiten jener, welche die meiste Körnung zeigen.

Diese Schollen, welche den verhärteten Stellen angehören, deren oben gedacht wurde, scheinen eine Entartung der *Neuroglia* darzustellen, welche sich ihrem chemischen Verhalten nach der hyaloiden Degeneration anderer Gewebe anschliesst. Die Verschiedenheit in der Reaction ist durch den Grad der Entartung bedingt, welche die *Neuroglia* von dem normalen körnig-schwammigen, ziemlich indifferenten Gefüge bis zu den fast homogenen streifigen Körpern durchzumachen hat.

Was nun die Cysticercen selbst anbetrifft, so sind dieselben von einer Bindegewebshülle umgeben, deren oberer freier Theil von der *Arachnoidea*, deren unterer mit der *Pia* verwachsener Theil von dieser seinen Ausgang genommen. Von letzterem erstreckt sich die Bindegewebsneubildung bis in den nahe gelegenen *Sulcus* und hat die oben erwähnte Verwachsung der beiden Flächen der *Pia mater* in demselben zur Folge gehabt. Die Cysticercenkapsel zeigt das gewöhnliche, leicht streifige Aussehen mit den zahlreichen Kernzellen. Der Inhalt der Blase ist in der Chromsäurelösung, entsprechend dem frischen Befunde in den einzelnen Blasen, flüssig

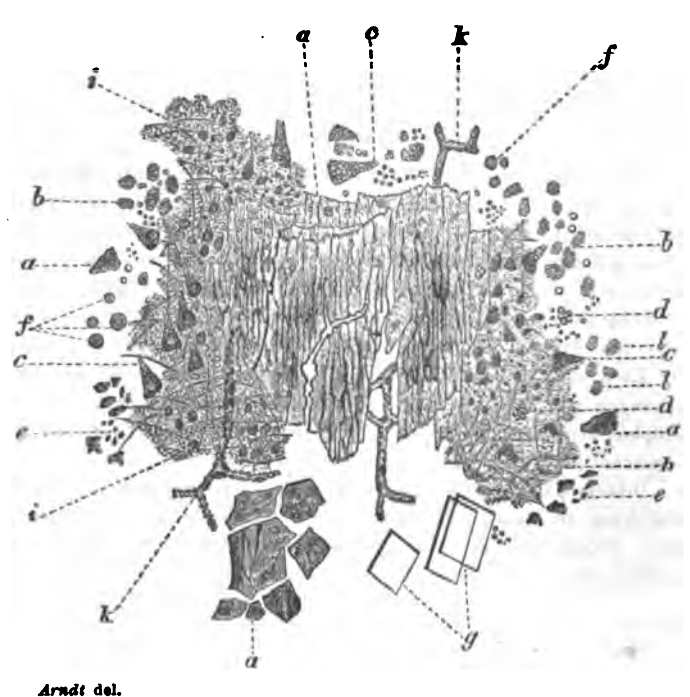
geblieben oder fest geronnen, so dass er keine Schnitte gestattete. Am Skolex lassen sich vier Saugnäpfe, aber kein Hakenkranz wahrnehmen und die sorgfältigste Nachsuchung in dem übrigen Blaseninhalte hat in letzter Beziehung keine Folgen. Dagegen sind schon eine Anzahl gut entwickelter Ringe vorhanden.

Epicrise.

Wir haben nach dem Mitgetheilten es mit einer Einwanderung von *Cysticercus Taeniae medio-canellatae* zu thun, welche vor länger als Jahresfrist erfolgt ist und zu einer *Meningitis* geführt hat. Dieselbe, anfangs wahrscheinlich circumscript und nur an den Stellen vorhanden, wo die Cysticercen sich niedergelassen hatten, wurde allmählig diffus und zog gleichzeitig das Gehirn und die *Dura mater* nebst *Arachnoidea* in Mitleidenschaft. Hier kam es auf der *Dura* zur Entwickelung von Hämatomen, auf der *Arachnoidea* zu Verdickungen und Entwickelung Pacchionischer Granulationen, dort zu Atrophie, Verfettung, Zerfall, Amyloidbildung und anderweitiger eigenthümlicher Umwandlung der normalen Gewebe.

Diesem pathologisch-anatomischen Process entsprach von seiner Entstehung an bis zu seinem Ende mit dem Tode die Symptomenreihe, welche wir unter dem Namen der allgememeinen progressiven Paralyse — *Dementia paralytica* — zu begreifen gewohnt sind.

Dr. *A. Arndt* in Halle.



Arndt del.

Erklärung der Abbildung.

Präparat aus den durch Cysticercen eingedrückten Theilen der Hirnrinde. Vergr. 280 mal.

a. Körnige oder mehr homogene, zerklüftete Schollen entarteter *Neuroglia*. b. Körnchenzellen. c. Verfettete Ganglienzellen in verschiedenen Graden des Zerfalls. d. Fettkörnchenhaufen e. Pigmentmolecüle. f. Amyloide Körperchen. g. Cholestearinkrystalle. h. Zerfallene und i. scheinbar intacte Nervenfasern. k. Entartete Capillargefässe. l. Fettig infiltrirte Kerne.

Literatur.

Journal de Médicine mentale, 1866.

Januar-Heft.

Die verschiedenen Irreseinsformen, von *Delasiauve* (Fortsetzung). — Monomanie incendiaire ou Pyromanie. Durch verschiedene Antriebe können die Irren zum Feueranlegen veranlasst werden; in einigen Fällen ist die geistige Störung sehr deutlich, in anderen dagegen so verschleiert, dass auch der Arzt in seiner Ansicht nicht sicher ist. Die Fälle gehören verschiedenen Kategorieen an. Vf. hat wirkliche Pyromanieen, d. h. rein instinctive, ohne sonstige geistige Störung, nicht beobachtet. Nach *Morel* ist im hereditären Irresein der Brandstiftungstrieb nicht selten, nach *Marc* häufig in der Folie raisonnante. In den der Abhandlung beigefügten 20 Beobachtungen lässt sich in einigen die geistige Störung erkennen, in anderen nicht.

Ueber die verschiedenen Arten des Selbstmordes, von *Semelaigne* Fortsetzung aus früheren Jahrgängen — über den „pathologischen Selbstmord", zieht sich noch durch 3 Hefte d. Jg., mit 141 Beobachtungen, die rangirt sind unter verschiedenen Titeln: Suicides par impulsion, héréditaires, par imitation et épidémiques, dans la pseudomanie, par le spleen, par idées systématisées, par hypochondrie, par hallucinations, par obtusion mentale, dans la lypémanie, dans la lypémanie pellagreuse, dans le delir. tremens, dans l'épilepsie et l'hystérie, dans la manie, démence et paralysie générale, délire aigu, dans la calenture et the horrors. (Wie viele von diesen Abtheilungen mögen wohl im Wesen identisch sein!)

Die Irrenärzte und Asyle, von *Delasiauve*. — (Zwei Briefe an *Peyrat*, den Redacteur des Avenir national; Vf. wendet sich

gegen die in den politischen Journalen Frankreichs oft wiederholten Vorurtheile und Irrthümer betreffs der Asyle, die man als Gefängnisse und Festungen bezeichnet, betreffs der Aerzte, die man Unwissende nennt, betreffs des Irrengesetzes, das als eine Falle gilt die dem Verbrechen oder der Willkür zur Verletzung der persönlichen Freiheit dient. Obgleich Vf. nicht fürchtet, dass so grobe Irrthümer lange andauern werden, so will er doch nicht durch Stillschweigen ihre Verbreitung begünstigen. Seinen Protest im Avenir national nimmt er auch in sein Journal auf, das schon öfter ähnliche Documente gebracht hat.)

Februar-Heft.

Die verschiedenen Irreseinsformen, von *Delasiauve*. — Monomanie des Diebstahls, Kleptomanie. Der Bekanntes enthaltenden kurzen Abhandlung sind 26 Fälle beigefügt, unter den Ueberschriften: Vols par tyrannie excentrique ou impulsive, dans une délire partiel diffus, dans la grossesse, dans les obscurités débilités ou perversités mentales, sous l'influence épileptique. (Da haben wir abermals identische oder sich kreuzende Begriffe.)

Etude sur le délire aigu sans lésions. Broschüre von *Thulié*, besprochen von *Bourneville*. — Während nach *Semelaigne* das délire aigu auf idiopathischer und irritativer Hyperämie des Gehirns und seiner Häute beruht, besteht nach *Thulié* das wahre idiopathische *Delir. acut.* bei vollständiger Integrität oder bedeutungslosen Veränderungen der Organe (in der Leiche). *B.* meint, er mache aus der Ausnahme die Regel. *Semelaigne* bemerkt schon, dass auch frühere Aerzte in tödtlichen Fällen dieses furiösen Deliriums keine Spur von Entzündung fanden. Angesichts der Definition „Krankheit ohne Läsionen" ist es sonderbar, dass der anatomischen Pathologie ein besonderes Capitel gewidmet ist, und der Vf. räumt ein (!!), dass man gewöhnlich eine Congestion der *Pia* und manchmal der weissen Substanz finde. Dasselbe hat auch *Semelaigne* gesagt. Beide betrachten übrigens diese Congestion nicht als entzündliche, *Thulié* als die Wirkung eines passiven und einigermaassen eines anämischen Zustandes. Mehr oder weniger verbreitete Anämie des Gehirns gestatte die Erklärung der Symptome bei der Abwesenheit anatomischer Veränderungen. Die Epilepsie, Krämpfe, ein heftiges Delirium seien in gleicher Weise die Wirkung der Inanition, starken Blutverlustes und allgemeiner Schwäche. *B.* bezweifelt, dass man, namentlich Anbetrachts der Entwickelung und der Eigenthümlichkeiten des *Delir. acut.*, die Hyperämie in der Leiche als passive

betrachten dürfe. Die Anatomie behaupten, heisst noch nicht, sie beweisen.

Die wenigen von *Thulié* behandelten, beinahe alle unglücklich verlaufenen Fälle sprechen nicht für seine Ansicht. *B.* hat mit einigem Erfolge locale Blutentziehungen, Eis und *Chinin. sulphur.* anwenden sehen und glaubt, dass diese das Gehirn decongestionirenden Mittel mehr Vertrauen verdienen, als *Tonica* (vergl. *Schüle*, 24. Bd. 3. Heft).

Der Selbstmord in New-York. — In dieser Stadt, einschliesslich Brooklin, stieg in den letzten 4 Jahren die jährliche Durchschnittszahl auf 100, abgesehen von 60 erfolglosen Versuchen und vielleichr eben so viel unbekannt gebliebenen Fällen. Sehr oft liege eine heilbare Gehirn-Affection zu Grunde. (Courrier des Etats-Unis.) Nach Gaz. des hôpit., 17. Mai 1866, stieg im April d. J. die Zahl der Selbstmorde auf 36, der nicht gelungenen Versuche auf 29 — bei 47 M., 15 Fr., 3 Kindern. Erhängen 27 Mal, Ertränken 15, Vergiften 11, Durchschneiden der Kehle oder der Arterien 10, Herabstürzen 5, Erschiessen 2. In 7 Fällen von diesen erfolgte der Tod erst durch Folge-Zustände. Motive nach den aufgefundenen Briefen: Lebensüberdruss 14, Elend 13, Geld-Verlegenheit 9, getäuschte Liebe und Eifersucht 9, Furcht vor Bestrafung 5, Geistesstörung 2. Ursachen unbekannt in 14 Fällen. Ausserdem verschwanden noch 16 Personen (Journ. de Méd. mentale 1866, Juli-Heft).

März-Heft.

Lungenbrand bei einem *Maniacus*, von *César Lombroso*. — Die Lungengangrän ist um so gefährlicher, als ihre Symptome dunkel sind, und sie oft erst in der Leiche entdeckt wird. Der Kranke magert mehr oder weniger rasch ab, ohne Husten, ohne örtlichen Schmerz, ohne Athembeschwerden und ohne bemerkenswerthe auscultatorische Erscheinungen. Der Erfahrene vermuthet die Krankheit aus der Schwierigkeit, die Erschöpfung auf eine bestimmte Ursache zurückzuführen, und manchmal aus dem specifischen Geruch des Athems. In dem von *Lombroso* (Rivista clinica de Bologna, 31. Decbr. 1865) veröffentlichten Falle zog sich die Krankheit ungewöhnlich in die Länge. P., 33 J. alt, am 6. April im Asyle zu Pavia aufgenommen; maniakalische Erregung mit Grössen-Ideen; Nachts häufig Hallucinationen; zeitweise Nahrungsverweigerung; Anwendung der Sonde; P. magert sichtlich ab. Am 12. Juni übler Geruch des Athems und Urins. Abnahme der peripheren Wärme; Puls

sinkt auf 45; in der Nacht einigemal Husten ohne Auswurf. *Lombroso* diagnosticirt Lungenbrand und verordnet *Ol. Terebinthin.*

Drei Tage später meningitische Affection: Convulsionen, Mundklemme, Erweiterung der Pupillen, Verlust des Gefühls und der Sprache. So blieb der Zustand bis zum 17. Juli. Verordnung: aromatischer Wein und Terpenthin-Oel. Der Urin wird purpurroth und verliert den gangränösen Geruch. Dieser ist am 20. Juli wieder da. Am 21. Zunahme der Schwäche, verwirrte Rede. Einige Husten-Anfälle mit brandigem und blutigem Auswurf. Tod am 26. in einem ruhigen *Delirium.*

Autopsie: Rothe, an der Basis bleifarbene Erweichung der *Corticalis*, Adhäsionen, Verdickungen, Granulationen. Stellenweise ein gangränöses Aussehen der Intercostal-Muskeln. Ein mephitischer Geruch aus der Brusthöhle. Die Lungen, an der Spitze voll von Miliartuberkeln, durchsetzt von Abscessen mit schwarzen Wänden, mit gangränösem Geruch, ihre Begrenzung ein röthliches Gewebe. Drei oder vier Höhlen in der rechten Lunge waren mit Infiltrationen von Miliartuberkeln verschmolzen.

Lombroso macht auf die ungewöhnliche Dauer der Lungengangrän und die Wirkung des Terpenthins aufmerksam, welches die Beschaffenheit des Athems und Urins wesentlich veränderte. Er nimmt an, dass das Vorhandensein von Uroglaucin und Lucéin (? Leucin), die in dem übrigens sehr dicken Harne reichlich nachgewiesen wurden, sich an die Entwickelung der Gangrän knüpfte und daher ein wichtiges, wenn auch nicht absolutes diagnostisches Kriterium sei.

Betreffs der Aetiologie verweist *Lombroso* mit Recht auf den Einfluss der Tuberculose in Verbindung mit der ungenügenden Ernährung. Fast immer allerdings kommt der Lungenbrand bei den Lypemanen vor, die unter ihrem Gemüthszustande und der unzulänglichen Ernährung doppelt leiden.

Die verschiedenen Irreseinsformen, von *Delasiauve*. (Fortsetzung.) — *Erotismus* oder Phrénésie génitale. *Esquirol* unterschied die *Satyriasis* und *Nymphomanie* von der *Erotomanie* Erstere gehen von den Geschlechtsorganen aus, deren Reizung sich auf das Gehirn überträgr; die erotomanische Liebe dagegen entspringt im Gehirn; hier Bethörung durch die Phantasie, dort ein Opfer körperlicher Störung, hier züchtige Leidenschaft, dort zügellose Liederlichkeit.

Marc sagt, dass manchmal auch sinnliche Lust in der Erotomanie hervortrete. *Buisson* substituirte das Wort fureur génitale dem Doppel-

Namen *Satyriasis* und *Nymphomanie*, die *Marc* beide unter *Aidoio*-manie begreift.

Bei *Guislain* ist das Wort érotisme einmal gleichbedeutend mit érotomanie, das andere Mal wird es für die Symptome des zweiten Zustandes gebraucht.

Morel gebraucht gleichzeitig mit den Bezeichnungen érotomanie, délire érotique, satyriasis, nymphomanie, den Ausdruck érotisme, ohne ihm eine bestimmte Bedeutung beizulegen. Die verliebten Neigungen, die zügellose Geilheit, seien Symptome besonderer krankhafter Zustände, entweder beständige, oder nebenbei oder periodisch auftretende, bestimmte Phasen des Irreseins bezeichnend. *Morel* fügt den von *Esquirol* und *Marc* beschriebenen Formen eine Varietät hinzu, wovon der Sergeant *Bertrand*, der berüchtigte Leichen-Ausgräber, ein höchst sonderbares Beispiel lieferte. Er macht schliesslich die Bemerkung, welche kürzlich von *Moreau* wiederholt wurde, dass im hysterischen Irresein die unkeuschen Aeusserungen weniger häufig seien, als man gewöhnlich annehme.

Legrand du Saulle gebraucht das Wort érotisme allgemein für érotomanie, Irresein aus Liebe, *Satyriasis*, Nymphomanie, erotische Verkehrtheiten, unsittliche Handlungen in der *Dementia senilis* etc.

Mit *Esquirol* hält *Delasiauve* die érotomanie für eine vorzugsweise psychische Affection. Die manchmalige Verbindung mit unkeuschen Trieben ändert ihre Natur nicht. Bald ist der Gegenstand der Verehrung nicht real, bald ein leibliches Wesen, welches zufällig wechselt, oft aber auch mit einem allen Unbilden trotzenden Eifer festgehalten wird.

Ganz anders ist das Fieber der physischen Liebe, eine wahre instinctive Monomanie. Hier gebietet, verwirrt und verleitet ein sinnliches Bedürfniss; die Einbildungskraft ergötzt sich an schlüpfrigen Bildern. Die Begierde verräth sich durch die Belebung der Züge, die Haltung, die Sprache, die Handlungen. Die Frau provocirt, der Mann wird aggressiv, und die Befriedigung, weit entfernt, die Wollust zu dämpfen, steigert sie oft nur bis zur Wuth.

Man kann einen solchen Zustand der érotomanie nicht gleichstellen, nicht mit demselben Worte bezeichnen. Der Ausdruck érotisme, obgleich er nicht den Ursprung des Zustandes andeutet, wie nymphomanie, fureur génitale, aidoiomanie, stellt ihn der érotomanie gegenüber, und seine gewöhnliche Bedeutung ist Steigerung des geschlechtlichen Triebes.

D. unterscheidet nun érotisme nerveux, der manchmal in Folge nervöser Zufälle, bei gewissen psychischen Störungen, namentlich im Beginn der allgemeinen Paralyse auftritt, wo die Krankheit nicht

von den Geschlechtsorganen ausgeht, sondern von den Centren des Nervensystems — und érotisme génitale (*Satyriasis*, *Nymphomanie*).

Im concreten Falle ist eine Unterscheidung selten und nur bei localen Zuständen der Genitalien möglich, mit deren Beseitigung auch die psychische Störung aufhören würde; ferner, mit der Pubertät ist der Erotismus ein physiologischer Zustand, dessen Aeusserungen bei Geistesgesunden nur mehr verheimlicht und durch Reflexion nur mehr beschränkt werden, als bei Irren. Die Möglichkeit centraler Anlässe gesteigerter Geschlechtslust wird durch die Wirkung der Imagination und chemischer Gehirnreize bewiesen; aber, wenn z. B. ein Paralytiker stark onanirt oder beständig nach einem Mädchen verlangt, wer sagt uns, dass dies mehr als physiologischer Trieb und dass es érotisme nerveux ist; vollends unklar wird die Aetiologie, wenn der Kranke etwa noch einen Leistenbruch, eine *Varicocele*, Hämorrhoidal-Knoten u. s. w. hat.

Vf. fügt seiner Abhandlung 52 Fälle hinzu, von denen manche höchst interessant, weil sehr selten sind. Die psychische Störung lässt sich nicht in allen erkennen.

April-Heft.

Die verschiedenen Irreseinsformen, von *Delasiauve* (Fortsetzung) — Partielle *Dementia*. Gegenüber der allgemeinen *Inertia* giebt es Schwäche-Zustände, in denen einzelne oder mehrere geistige Fähigkeiten erhalten sind. Der Wille liegt nicht in allen Richtungen darnieder. Es sind allgemein bekannte, obgleich räthselhafte Zustände.

Die Secretionen der Haut und ihre Sympathieen im Irresein, von Dr. *Berthier*. — Enthält Bekanntes: Einfluss des Nervensystems auf die Haut-Thätigkeit; Rückwirkung cutaner Zustände auf das Gehirn; Metastasen, Krisen; Verhalten und Veränderungen der Haut-Thätigkeit in den verschiedenen Irreseinsformen, in der Convalescenz etc.

Untersuchung des Geisteszustandes des Herrn *Parjoit*, von *Foville*. — Anklage auf Diebstahl, Verdacht geistiger Störung, Entlassung aus dem Gefängnisse in eine Irren-Anstalt.

Die Irren-Anstalten und das Irren-Gesetz. — Anzeige der Arbeit *Dagonet*'s, die kurz und klar eine jetzt in Frankreich allgemein besprochene Frage behandelt.



Mai-Heft.

Aufenthalt in einer Gasfabrik, Heilmittel bei Epilepsie, von *Siry*. — Zwei glückliche Fälle.

Senna-Kaffee gegen Obstruction, nach *Lallier*. Sennesblätter (12—20 Grm.) und Kaffeepulver (10 Grm.) werden mit kochendem Wasser (180 Grm.) eine Stunde lang infundirt. Nach dem Durchseihen Zusatz von Milch (120 Grm.) und Zucker (40 Grm.). Das Aroma des Kaffee's masquirt die Bitterkeit der Senna, die Milch mässigt die Bauchschmerzen. Nach der Wirkung trete keine Verstopfung wieder ein. Mehrere Irrenärzte sollen von obiger Formel einen vortheilhaften Gebrauch machen.

Chemische Untersuchungen des Gehirns, von *Bourgoin*. *Vauquelin* erhielt durch Behandlung der Hirnsubstanz mit Alkohol ein weisses, nach dem Erkalten sich niederschlagendes Extract. Dieses bestehe nach *Couërbe* aus einer krystallinischen, dem Cholestëarin ähnlichen, und einer nicht krystallinischen Substanz, die er Cerebrot nannte. Diese letztere sollte nicht nur Phosphor, sondern auch Schwefel enthalten. Von einem gesunden Gehirn fand er darin 25 pCt. Phosphor, bei einem Idioten nur 1½ pCt., bei einem Irren 4 pCt. *Couërbe* glaubte demnach, dass die Vermehrung dieser Substanz die Steigerung, ihre Verminderung die Schwäche der Intelligenz bedinge. — Nach *Bourgoin* ist das Verhältniss des Phosphors ein ganz anderes. Er schätzt den Wassergehalt des Gehirns im Mittel auf 79 pCt., der grauen Substanz auf 83 pCt., der weissen auf 73½ pCt. Sieben Gehirne lieferten, bei einem durchschnittlichen Gewicht von 1,232 Kil., 367 Grm. Wasser gegen 265 Grm. trockener Masse. In letzterer fand er im Mittel 2 pCt. Phosphor, in der weissen Hirnsubstanz mehr als in der grauen. In dem Gehirne eines Phthisikers fand er die relativ grösste Menge von Phosphor: 3,35 (Verschwinden des Fettes?). Der Stickstoff, in der grauen Substanz reichlicher, beträgt nach *B.* 6,85 im Mittel, 18 bis 20 Grm. des Gewichts.

Das Gehirn bestehe aus Wasser (80 Grm.), Cerebrin (1,70 Gr.), Cholestearin und Fettstoffe (7,80 Grm.), löslichem Eiweiss (2,28), unlöslichem (6,82). Der Phosphor ist in den Aether-Lösungen enthalten. Das Cerebrin enthalte Phosphor nach *Couërbe* 2,302; nach *Fremy* 0,1; nach *Thompson* 0,46; nach *v. Bibra* 0,52; nach *Mulder* 0,00. Nach *Bourgoin* enthält das reine Cerebrin keinen Phosphor.

Ueber die Folie raisonnante. — (Discussion in der Société

médico-psychologique, an der sich eine Menge von Irrenärzten betheiligten. Die lange Abhandlung zieht sich durch den Jahrg. 1866 bis in das Juli-Heft 1867 hinein, und ist daher hier ein Auszug nicht gut möglich.)

Die verschiedenen Irreseinsformen (Fortsetzung), von *Delasiauve*. — Ueber Idioten. (Gleichfalls eine lange Abhandlung über die Arten, Grade, Complicationen etc. dieses Zustandes. Sie geht durch acht Hefte des Jahrg. 1866 und endigt erst im Februar-Hefte 1867.)

Ueber das hysterische Irresein, von *Moreau* in Tours. — Im einfachen Irresein sei die Störung eine psychisch-moralische, im hysterischen ein sonderbarer Complex von sensorischen und psychischen Anomalieen, die übrigens seltener mit einander, als nach einander auftreten. Das Bewusstsein der Störung ist gewöhnlich erhalten. Viele wissen, dass sie von Visionen und falschen Ideen beherrscht werden. Also grosse Aehnlichkeit mit den durch Alkohol, Hachisch, Blei u. s. w. bewirkten Geistesstörungen. Manchmal kann der Wille den blinden Antrieben widerstehen. Bei einigen Kranken nähert sich der Zustand dem Somnambulismus. In den Paroxysmen exstatische oder peinliche traumartige Zustände; incohärente, stossweise hervorgebrachte Worte, Mangel der Erinnerung beim Erwachen. In anderen Fällen ist der Paroxysmus maniakalische Aufregung und hallucinatorische Verblendung. Nur in drei Fällen fand *M.* eine erotische Färbung; diese zeigt sich, im Allg., zur Zeit der *Menses*. Die schlimmen Neigungen, Zerstörung, Mord, Selbstmord sind gewöhnlich sehr plötzlich, weder rein impulsiv, noch logisch; es erhebt sich ein Gedanke, und er wird mitten in einer Aufregung oder allgemeinen Verwirrung ausgeführt.

Das Leiden verschlimmert sich oft beim Gebrauch von Arzneien oder verschwiedet für kurze Zeit, um mit Heftigkeit wiederzukehren. Solche Wechsel dürfen die Cur nicht unterbrechen. *M.* bekämpft das Vorurtheil betr. der Verheirathung, als eines prophylaktischen oder therapeutischen Mittels. Die Anfälle nehmen danach im Gegentheil zu und nicht ab.

Von den zahlreichen Mitteln lobt *M.* am meisten das kalte Wasser, namentlich die Douche auf den Rücken. Durch diese wurden von 32 Epileptikern 15 etwas gebessert, von 19 hysterisch-epileptischen Kr. 4 geheilt, 9 gebessert, von 15 hysterischen 7 geheilt, 6 erheblich gebessert. In zwei Fällen, die mehr der Chorea,

als der Hysterie glichen, brachte die Douche gleichfalls Heilung und dauernde Besserung.

Eine Mörderbande, nächtliche Ermordungen. — (Eine sonderbare Beobachtung, entnommen der Abhandlung *Billod's* über die Krankheiten des Willens (Annal. méd.-psycholog. X., p. 328). Scheinbar keine Gewinnsucht, keine Rachsucht; Motiv unbekannt. Es bedarf detaillirter Thatsachen zur Bildung eines Urtheils.)

Juni-Heft.

Ein Fall von Hundswuth, von *Simiac*. — Alle Fragen betr. die Hundswuth sind noch nicht gelöst. *M. Jolly* räumt der Incubationsperiode nur 30—50 Tage ein. Beobachtungen nach dieser Zeit verdienen nach ihm kein Vertrauen. Ferner, wird die Krankheit nur durch den Biss übertragen? In dem Falle, welchen Dr. *Simiac* als wirkliche Hundswuth mittheilt, hatte das Thier mit der Tatze gekratzt und die Wunde geleckt, im Februar 1865. Nach einigen Wochen zeigt der Hund Symptome von Wuth, beisst andere und läuft fort. *D.* beunruhigt, lässt sich ein in der Gegend berühmtes Mittel verschreiben und wird wieder ruhig. Am 2. März 1866 beginnen bei ihm die Symptome, und er stirbt am 6. März.

Entwendung zweier Kinder — durch die Frau eines Arztes; Verdacht geistiger Störung; Freisprechung (s. Irrenfrd. 1866, Nr. 8.)

Ueber die Simulation des Irreseins, von *Laurent* in Marseille. — (Eine 11 Abschnitte enthaltende Broschüre, die von *Delasiauve* sehr günstig recensirt wird. Vf. scheint sehr belesen und auch mit deutschen Arbeiten bekannt zu sein.)

Caisse d'assistance mutuelle des médecins aliénistes. — Unter diesem Titel hat sich, auf Anregung *Baillarger's*, im Anfang 1866 ein Verein von Irrenärzten gebildet, zum Zweck, misslichen Lagen seiner Mitglieder, ihrer Frauen und Kinder zu begegnen. Die erste Jahres-Sitzung war am 30. April.

Juli-Heft.

Die Anwendung der Bromide im Irresein und in der Epilepsie. — Analyse der Abhandlung Dr. *Belgrave's* im Journal of Mental Science, deren Resumé folgendes ist:

1) Bromkali wirkt antiphlogistisch und sedativ auf die Cerebrospinalaxe, ermässigt die nervöse und geistige Erregung, ver-

ringert die epileptischen Anfälle, beschwichtigt die Neigung zu Congestionen. Ausserdem neutralisirt es die Wirkung des Opiums, ist bei beiden Geschlechtern ein *Anaphrodisiacum*, verändert indirect die Ernährung und die Secretionen. Schwache Dosen genügen, die Wirkung hält lange an.

2) Brom-Ammonium ist weniger wirksam, bewirkt weder Schwäche noch allgemeine Depression.

3) Brom-Cadmium ist ein *Irritans* für die Darmschleimhaut, wirkt heftig, aber vorübergehend und ganz specifisch, nur indirect auf das Nervensystem, wie Brech- und Purgirmittel. Es kann mit dem *Tart. stib.* oder dem *Zinc. sulphur.* verglichen werden, wirkt aber rascher und mächtiger. (S. Irrenfrd. 1867, Nr. 2.)

Differentielle Diagnostik des pathologischen Irrthums, von *Semelaigne*. — Fortsetzung aus früheren Jahrgängen (1863 u. 1865, die mit dieser Nr. wieder aufhört; die nächste Fortsetzung und Schluss finden sich in den 4 ersten Heften des Jg. 1867.

Irrenanstalten in Nord-Amerika. — Es giebt deren augenblicklich 50, 45 öffentliche und 5 Privatanstalten, mit zusammen 9,603 Kranken. Das grösste Asyl ist New-York mit 600 Kranken, dann folgen Toronto in Canada mit 460, Utica im Staate New-York mit 455, Staunton in Virginien mit 400 Kr. Am wenigsten bevölkert sind Columbus in Ohio (2 Kr.), Pittsburg in Pensylvanien mit 50 Kr. etc. Die Privatanstalt in Quebec (Dr. *Douglas*) hat 360 Kr. Im Staate Michigau und Neu-Schottland waren 2 Anstalten im Bau.

August-Heft.

Simulation des Schlafes, der Ekstase, Catalepsie Anästhesie etc. — Ein 16jähriges, zartes, hübsches Mädchen, die seit 2 Jahren von vielen Aerzten für ekstato-kataleptisch gehalten wurde, wird von *Royer* (Hospital des enfants), der ihr Vertrauen zu gewinnen wusste, als Simulantin erkannt.

Der Tod *J. Jacques Rousseau*'s. — Die oft aufgeworfene Frage, ob *R.* eines natürlichen Todes gestorben oder sich ermordet habe, und ob der Selbstmord die Folge von Irresein war, beantwortet *Dubois* (d'Amiens) in letzterem Sinne: Hypochondrie, Verfolgungswahn, Vergiftung. *Delasiauve* lässt in seiner Analyse der Abhandlung *Dubois*' dessen Gründe nicht gelten.

Irren-Statistik in England. — Nach der letzten Zählung (Ende 1865) beträgt die Zahl der Irren, ohne die in ihren Familien lebenden, 44,425. Davon kommen auf England 29,425, Schottland 6.515, Irland 8,485. In England befinden sich in öffentlichen Asylen 22,284, in Hospitälern 2,177, in Privatanstalten 4,479, in Marine-, Militair- etc. Anstalten 485.
In Schottland sind in öffentlichen Anstalten 3,121, in privaten 814, etc.
- Irland - - - - 4,729, - - 552, in Arbeitshäusern 2,563, in Gefängnissen 452, etc.

Die Zahl der geisteskranken Frauen überwiegt.

September-Heft.

Capsicum annuum und *Tartar. stib.* gegen *Delirium tremens.* — In Westindien gebraucht man den Piment gegen *Delir. trem.* Im Hospital von Melville wurden damit 70—80 Fälle mit Erfolg behandelt. Die Dosis ist Scr.j des Pulvers. Eine Dosis genügt manchmal.

Dr. *Desprez* empfiehlt den Brechweinstein gegen dasselbe Leiden. (Mit Recht wird gefragt, ob die Heilung dieses Leidens, das oft in wenigen Tagen bei *Method. expect.* verschwinde, der Wirkung jener Mittel beizumessen sei.)

Opium gegen Manie (Inaugural-Dissertation von *Bécoulet*). — Vf. citirt die verschiedenen Autoren, welche das Opium in der Behandlung der Psychosen empfahlen oder verwarfen. Die Prävalenz der Empfehlungen veranlasste seinen Lehrer *Broc*, das Mittel zu versuchen. Wir erfahren aber aus seiner Mittheilung, dass es gleichzeitig mit verschiedenen anderen Agentien (Brechmittel, Purganzen, *Belladonna*, Bädern) versucht wurde. Ausserdem ist die Zahl der glücklich verlaufenen Fälle sehr gering: 9. Die Dauer des Aufenthalts im Asyle betrug 3, 8¼, 4, 4, 4, 4½, 6, 7, 8½ Monate! Und nicht mal in allen war die Heilung vollständig!! Die Wirkung des Opiums ist also nicht bewiesen.

October- und November-Heft

enthält nur die für einen Auszug nicht geeigneten, fortgesetzten grossen Abhandlungen über Folie raisonnante und Idiotie.

December-Heft.

Lypemanie mit rheumatischem Charakter, — nämlich nach einem dritten Anfalle von *rhumatisme intestinal* (?). Symptome: Belegte Zunge, brennender Durst, aufgetriebener Leib; apathisches, finsteres Wesen; Klagen, keine Gedanken mehr zu haben; Furcht,

irre zu werden, sterben zu müssen etc. Am 18. März begann die Behandlung mit Douchen (im Strahl und als Brause) und kalten Bädern. Am 28. hatte der Kranke noch lebhafte Befürchtungen. Aber seit dem 30. entschiedene Besserung. Entlassung am 16. April. Kein Rückfall.

(So schnelle Heilungen der Melancholie sind selten. Sie fordern zu weiteren Versuchen mit Kaltwasser-Behandlung auf.)

Du suicide et de la folie suicide. — Dieses bekannte Werk *Brierre de Boismont's* ist in zweiter Auflage erschienen. Vf. hat 20 Jahre gebraucht, um seine Materialien zu sammeln und zu bearbeiten. In den Archiven der Justiz und Administration sind 15,000 Actenstösse durch seine Hände gegangen. Die zweite Auflage ist noch vervollkommnet. Ref. (*Berthier*) bezeichnet das Werk als ein bedeutendes.

Dr. *Brosius.*

Solbrig, D. A., Professor der Psychiatrie und dirig. Arzt der Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu München, Verbrechen und Wahnsinn. Ein Beitrag zur Diagnostik der zweifelhaften Seelenstörungen für Aerzte, Psychologen und Richter. München, 1867. 65 S. gr. 8.

Die bei zweifelhaften psychischen Zuständen vor Gericht verhandelte Frage lautet gewöhnlich: ob Verbrechen oder Wahnsinn? — mit anderen Worten: ob die vom Richter zu beurtheilende gesetzwidrige Handlung das Ergebniss der Immoralität, der Nichtachtung des (Sitten-) Gesetzes, oder ob sie die Folge eines durch Krankheit bedingten Zwanges sei? Der Herr Verf. unterwirft nun seine Betrachtung einer anderen verwandten Frage, welche ebenfalls zur Erwägung kommen kann, — die Frage: ob Verbrechen und Wahnsinn vorliegt? — mit schärferer Betonung des Gegensatzes: ob lediglich Verbrechen (als Ergebniss von Immoralität), oder ob Wahnsinn in Complication mit Verbrechen vorliegt? Sei nämlich dies Letztere der Fall, so müsse, was Niemand in Zweifel ziehen wird, bei der strafrechtlichen Beurtheilung der incriminirten Handlung der Wahnsinn den Ausschlag geben und, ungeachtet der mit ihm complicirten Qualität, Gesinnung und Tendenz des Inquisiten constatirt sei, der gleichzeitige Wahnsinn die Handlung straffrei machen. Ausgeschlossen werden von dieser Untersuchung die Fälle von Wahn-

sinn, welcher erst nach dem Verbrechen auftritt, und diejenigen, „in denen die Geistesstörung in irgend welcher Form gewaltthätige oder sonst verbotene Handlungen zur unmittelbaren Folge hat“ (S. 7) — also die Fälle, in welchen die Frage: ob Verbrechen oder Wahnsinn? für den Letzteren entschieden ist. Die Untersuchung beschäftigt sich vielmehr „mit denjenigen Verschmelzungen moralischer Fehlerhaftigkeit mit afficirter Seelenstörung, wo ersterer als wirklich prädisponirendes Moment der Seelenstörung sich geltend macht oder in einer spontan aufgetretenen Seelenstörung integrirend mitgehe, jedoch mit solcher individueller Färbung des Falles, dass *in concreto* der Schein vorwiegender moralischer Fehlerhaftigkeit ausgedrückt ist, während doch in Wahrheit das psychisch - pathologische Moment überwiegt“ (S. 7). Dass solche Fälle vorkommen, unterliegt gar keinem Zweifel. Eine abgegrenzte Gruppe, — der Verf. nennt sie (S. 34) ein Prototyp derselben, — bilden jene Menschen, die unter der Rubrik der muthwilligen Querulanten eine Qual der Gerichte sind, welche gewöhnlich hart an der Grenze des Wahnsinns hinstreifen, oft demselben verfallen und zuweilen wegen gewaltthätiger, gesetzwidriger Handlungen bedrohlich werden.

Unsere Schrift führt nun aus: dass die eifrige Verfolgung gesetzwidriger Neigungen an sich Vegetationsstörungen des Nervensystems, insbesondere des centralen, und dadurch ein abnorm gesteigertes „Triebleben“ bedingen könne, welches, sofern es nicht durch die corrective Kraft des Vorstellungsvermögens und des Gewissens gezügelt werde, bis zur Seelenstörung vorschreiten könne, die dann mit ihrem Fundamente, der unmoralischen Neigung, innig vererbt und gleichzeitig in die Erscheinung trete. Eben in dieser innigen Verschmelzung des moralischen und der psychischen Abnormität beruht nach des Verf.'s Ansicht die Schwierigkeit der rechtzeitigen Erkenntniss des verbrecherischen Wahnsinns, — (dessen Begriff durch den der „moral insanity“ der Engländer gedeckt wird, ohne diesen ganz auszufüllen, Ref.) — und seiner forensischen Würdigung. Sie beruht ferner in dem von bösen Leidenschaften getragenen Inhalte des *in concreto* auftretenden Wahnsinns bei geringer Störung der Aufmerksamkeit und mässiger Heftigkeit der Affecte; desgleichen in den Beweisen von unverletzter Kraft des Verstandes und des Urtheilsvermögens in Betreff aller die Wahnvorstellungen nicht berührender Verhältnisse; weiter: „in der Abwesenheit specifischer oder überhaupt nachweisbarer Erkrankungen des Gehirns, des Nervensystems und anderer wichtiger Leibes-Organe“ (S. 14), — und endlich in dem Gewichte, das vor Gerichten dem Leumund des Inquisiten bei Beurtheilung incriminirter Handlungen bei-

gelegt zu werden pflegt. Nur in Beziehung auf den vorletzten Punkt hält Ref eine Einschränkung für nöthig. Es ist nicht denkbar, dass jene eifrig fortgesetzte übermässige Geistesarbeit bei Verfolgung unmoralischer Neigungen, wenn dadurch bereits die Functionen des Denk-Organs wesentlich verletzt worden, diese Verletzung eines so wichtigen Organs nicht in erkennbaren krankhaften Erscheinungen kund geben sollte. Allerdings können sich diese letzteren der Wahrnehmung in dem Grade entziehen, dass nur eine längere, genauere und sorgfältige Beobachtung des Kranken zu ihrer Feststellung führt. Andererseits soll nicht geläugnet werden, dass der in der Beobachtung von Seelenstörungen geübte Psychiater oft schon während der Entwickelung derselben und bevor sich noch der gesammte Complex psychischer und somatischer, primärer und secundärer Symptome entfaltet hat, jede im Voraus erkennen und als das, was jetzt im Keime vorhanden, später sich zeigen wird, mit Sicherheit bezeichnen kann, — wie in ähnlicher Weise der geübte Blick des Praktikers den ganzen Verlauf der Lungentuberculose zu einer Zeit vorauszusehen vermag, wo der Laie noch nichts sieht, was auf ein solches schon im Werden begriffenes, wesentlich schon vorhandenes Leiden hinwiese. Sofern aber diese, der Erfahrung abgewonnene Ueberzeugung von dem Vorhandensein einer Erkrankung des Organismus nicht durch nachweisliche deutliche Merkmale dieser Erkrankung beglaubigt wird, behält der Complex der psychischen Symptome seinen zweideutigen Charakter. Mit anderen Worten: der Fall kann vielleicht dem erfahrenen Psychiater, nicht aber dem Laien gegenüber aus der Reihe der „zweifelhaften" gerückt werden. Und dieser Zweifel ist es doch gerade, welcher vor Gericht durch den Sachverständigen nicht blos erschüttert, sondern gelöst werden soll. — Doch der Verf. selbst versäumt nicht, im Sinne dieser Einschränkung schon einige Merkmale der Erkrankung des Nervensystems zur Sicherung der Diagnose anzugeben, indem er auf den bemerkbaren Gefühlswechsel bei derartigen Kranken, die Hintansetzung des eigenen Vortheils zu Gunsten ihrer Principienreiterei, — die maasslose Selbstüberschätzung, die auffallende Grosssprecherei und Rechthaberei, die Erscheinung des Verfolgungswahns und die flache Zurückweisung des Verdachts der Geistesstörung hinweist: Merkmale, welche zum Theil den verbrecherischen Wahnsinn von dem gewohnheitsmässigen Verbrechen unterscheiden. Zum Schluss ist ein interessanter Fall von verbrecherischem Wahnsinn ausführlich mitgetheilt, der in der That zu so starken Zweifeln gegen die Seelenstörung des Inquisiten Anlass gab, dass diese erst nach sehr eingehender Begutachtung durch den Verf. das Feld räumte. *Fl.*

Morel, de l'hérédité progressive ou des types dissemblables et disparates dans la famille. Paris, 1867. 51 pp.

Unter der Bezeichnung „types dissemblables et disparates" versteht *Morel* „Individuen derselben Familie oder Kinder derselben Eltern, die nicht nur unter einander physiognomisch, intellectuell und gemüthlich ganz verschieden sind, sondern auch mit ihrer directen oder indirecten Ascendenz gar keinen verwandtschaftlichen Zug gemein haben, so dass man besondere Factoren annehmen muss, die das sonst allgemein gültige Gesetz der Vererbung somatischer und psychischer Eigenthümlichkeiten der vorausgehenden Generation auf die folgende abänderten".

Wie wir in der Vererbung physiognomischer Typen, Familieneigenthümlichkeiten und Geistesanlagen, die sich einfach oder unter günstigen Verhältnissen veredelt reproduciren können, ein Gesetz der Transmission anerkennen müssen, sind wir genöthigt, auch Gesetze hereditärer Transmission bei gewissen aus der Art geschlagenen und deteriorirten Individualitäten anzunehmen und sie als directe oder transformirte Producte von in der Ascendenz sich vorfindenden pathologischen Factoren aufzufassen. Als Repräsentanten dieses Gesetzes progressiver morbider erblicher Uebertragung sieht *M.* gewisse physisch, intellectuell und moralisch von der Ascendenz abweichende Individualitäten an. Schon im äussern Habitus verrathen sich diese Stiefkinder der Natur als Paria's der Familie und Gesellschaft.

Während bei den einen Individuen derselben Familie der äussere Habitus ein normaler und familialer ist, zeigen sich bei diesen abweichenden Individuen andere Physiognomieen, längeres Beharren auf einem kindlichen Typus, Strabismus, Stottern, Taubstummheit, asymmetrische und missbildete Schädelformen, Entwicklungshemmungen der Sinnesorgane und Extremitäten, Verbildungen und Missstaltungen der Ohren, Genitalien mit resultirender Impotenz, deren letzte Stufe wahre Missgeburten einnehmen, die man vielfach zu ausschliesslich auf psychische Ursachen (Versehen etc.) zurückgeführt hat.

Sie bieten häufig auch allgemeine Störungen der Oekonomie, Anomalieen der Blutmasse, vor Allem ein durchaus abnormes Nervenleben mit dem Charakter grosser Nervosität. Schon im zarten Kindesalter zu Convulsionen disponirt, zeigen sie sich später sehr emotiv, reizbar, bekommen leicht heftige Affecte, deliriren leicht, verfallen leicht in hysterische und epileptische Zustände. Aber — die Extreme berühren sich — neben diesen Deviationen *in pejus* findet man in derselben Generation, auf demselben pathologischen Boden ganz um-

gekehrte Typen — riesenhafte Constitutionen mit Nerven wie von Stahl, die allen Excessen trotzen können.

Im sittlichen und intellectuellen Gebiete finden sich dieselben Contraste. Einerseits Schwachköpfe bis zum Blödsinn (*inferior beings*), Treibhauspflanzen, die plötzlich kränkeln und psychisch absterben; andererseits partielle Genies, Menschen von Originalität, Phantasie und Productionskraft. Aber sie haben weder System, leitende Gesichtspunkte, noch Ordnung in ihrer Entwicklung und ihrem Schaffen — sie sind Schwärmer, excentrische Köpfe (man könnte sie *superior* oder *exceptional beings* nennen, Ref.), und trotz allem Schimmer und glänzender Begabung trägt ihre Gesammterscheinung den Stempel des Krankhaften, und wenn man den psychischen Stammbaum erforscht, findet man hereditäre psychische Anomalieen. Nicht wenige unter ihnen bieten aber auch dann und wann Phasen ihres Lebens, in denen das Krankhafte ihrer Erscheinung in Wort und That deutlicher markirt, wo sie dann als maniaques raisonnants, monomanes, partiell Verrückte, folie des actes, moral insanity etc. bezeichnet werden, und auch sonst, wenn man sich von ihren Lichtseiten nicht blenden lässt, erkennt man deutlich die Haltlosigkeit, Excentricität, ans Instinctive streifende Unmotivirtheit und Paradoxie ihres Handelns. Manche haben auch das Bewusstsein ihres Zustandes bis zu einem gewissen Grade und machen löbliche, aber eitle Versuche, anders und vernünftig zu handeln.

Unter solchen hereditären Typen finden sich die meisten instinctiven Selbstmorde, unvorhergesehenen Gewaltthaten, eigenthümlichen Verfolgungswahndelirien und Hypochonder mit den paradoxesten und ganz abrupten Wahnideen, deren Inhalt ein specifisches Gepräge hat und nicht selten auf das specifische hereditäre Moment schliessen lässt.

Nicht weniger zahlreich und bedeutsam sind die Erscheinungen von Seiten des Gemüthslebens bei solchen Menschen. Neben harmonischen, sittlich hochstehenden Naturen, finden sich in derselben Generation jene als folie morale, folie des actes zur Genüge bekannten, sittlich ab ovo depravirten Personen, jene moral insanity's, jene unverbesserlichen, weil hereditären und angeborenen Verbrechernaturen, jene Scheusale, gegen die die Erziehung, Moral, Religion vergebens ankämpft, die der Gesellschaft eine Geissel, in foro ein nur anamnestisch ätiologisch und pathogenetisch auflösbares Räthsel sind.

Ein weiterer Beweis für die organisch pathologischen Bedingungen ihres Gebahrens ist die nicht seltene Periodicität im Auftreten gewisser und derselben Delirien, derselben verbrecherischen Antriebe.

In der Mehrzahl solcher Fälle haben wir es mit Transmissionen psychischer Krankheitsanlagen oder Krankheitszustände der Ascendenz zu thun, deren gesetzlicher Modus noch zu entdecken ist. Jene können sich einfach reproduciren, sie können auch die mannigfachsten Transformationen eingehen, und zwar können die leichtesten neuropathischen Zustände sich in die schwersten psychopathischen umsetzen und umgekehrt. Kreuzung mit psychisch und physisch vollkommenen Elementen wird die Nachkommenschaft veredeln, Heirathen unter Blutsverwandten, Alkoholexcesse etc. der Erzeuger werden vorhandene hereditäre Dispositionen steigern, können aber an und für sich schon die schwersten physischen und psychischen Verkümmerungen der Nachkommenschaft setzen. 17 trefflich gewählte Beobachtungen illustriren die geistreichen Forschungsergebnisse des Verf., deren Weiterförderung bei der hohen Wichtigkeit, die sein Thema für die öffentlichen und privaten Interessen der Gesellschaft mit sich bringt, dringend zu wünschen ist. Dr. *von Krafft.*

Verslag over den Staat der Gestichten voor Krankzinnigen in de Jaren 1860—1863. s' Gravenhage, 1865. 243 pp. gr. 8.

Bekanntlich erschienen in den Niederlanden bereits seit 20 Jahren regelmässige Berichte über das Irrenwesen, erstattet von den beiden Inspectoren sämmtlicher Anstalten, einem Beamten im Ministerium des Innern (*C. J. Feith*) und einem Facharzte. Dieses letztere Amt war von 1842 an dem Professor *Schroeder van der Kolk* bis zu seinem Ableben anvertraut gewesen; in seine Stelle ist jetzt Professor *Schneevoogt* zu Amsterdam getreten. Den ersten Bericht, der ohne die Unterschrift jenes mit der Verbesserung des Niederländischen Irrenwesens auf das nächste verbundenen gefeierten Namens erscheint, können die Verfasser natürlich nicht beginnen, ohne ihm den ehrendsten Nachruf zu zollen und daran zu erinnern, dass *Schroeder van der Kolk*, der zuerst in seiner Thätigkeit am Buitengasthuis zu Amsterdam den elenden Zustand der damaligen Irrenpflege erkannte, fortan sein ganzes Leben in ununterbrochener Treue der Beseitigung und Besserung dieser Mängel gewidmet und den Anfang dazu an der seiner speciellen Leitung unterstehenden Anstalt zu Utrecht, und zwar sogar mit edler Aufopferung eigenen Vortheiles, gemacht hat. —

Wir können im Folgenden nur Einiges aus dem reichen Inhalte

des Berichtes hervorheben und den Gang desselben andeuten; die zahlreichen statistischen Tabellen, sowie die Detailangaben über die einzelnen Anstalten entziehen sich begreiflich grösstentheils einem Auszuge.

In dem Zeitraume, den der Bericht umfasst, ist auch die letzte der zwölf durch das Gesetz vom 29. Mai 1841 bestimmten Heil-Anstalten, die zu Rotterdam, nach geschehenem Umbau fertig gestellt worden, so dass nun die Vorschriften jenes das Holländische Irrenwesen regelnden Gesetzes zur völligen Durchführung gelangt sind und die Irrenpflege auf eine Höhe gebracht ist, welche den Vergleich mit den Ländern, die sich der besten Fürsorge für ihre Irren rühmen, getrost aushalten kann. Uebrigens sei hier bemerkt, dass von den 12 Heilanstalten nur eine einzige (Meerenberg) ein provinzielles Institut ist, während die übrigen entweder städtische oder durch wohlthätige Stiftungen entstandene oder endlich selbstständige Anstalten sind. — Von den sämmtlichen in den verschiedenen Anstalten vorhandenen 2,884 Plätzen waren am 1. Januar 1863 noch 454 unbesetzt und zwar darunter 273 für arme Kranke; in den Jahren 1863 und 1864 sind auch diese vollständig besetzt worden, so dass die Inspectoren nur dringend rathen können, zumal die meisten der bestehenden Anstalten zur Vergrösserung sich nicht eignen, die Frage, auf welche Weise weiter für die Unterbringung der Irren gesorgt werden soll, ernstlich in Erwägung zu nehmen. Der Bericht geht im Einzelnen die baulichen Verbesserungen und Vergrösserungen, welche in den Anstalten vorgenommen worden sind, sowie die in der Berichtsperiode geschehene Vermehrung des Mobiliars durch, giebt eine Uebersicht über die im ärztlichen Personal stattgehabten Veränderungen, über die Zahl und Kosten der Arzneiverordnungen und den (sehr günstigen) Gesundheitszustand, und bespricht dann die pathologisch-therapeutischen Ergebnisse. Dieser Theil des Berichtes erscheint allerdings als der schwächste, insofern die mitgetheilte Casuistik eine nur dürftige ist, die Resultate einzelner Arzneien nichts Neues bieten und die Tabelle über die Todesursachen auf wissenschaftlichen Werth keinen Anspruch machen kann. Die Berichterstatter erkennen das selbst an und rügen namentlich die (in einigen Anstalten sogar vollständige) Unterlassung von Leichenöffnungen. Erwähnt sei hier deshalb nur, dass auch eine Uebersicht über die Epileptischen, die 1860 bis 1863 in den Anstalten aufgenommen worden, gegeben wird; von der Gesammtzahl von 226 sind 16 genesen, 147 gestorben; die Genesungen fanden durchgängig in den beiden ersten Jahren der Behandlung statt, von besonderer Wirkung einzelner Mittel ist nicht zu berichten, und die

näher mitgetheilten pathologischen Befunde in den Nervencentren werden mit ebensoviel Recht als Wirkungen wie als Ursachen der Epilepsie angesprochen. — Der Bericht verbreitet sich dann über den sogenannten „häuslichen Dienst", die Zusammensetzung der Aufsichtsräthe, das Beamten- und Wartepersonal (1863 durchschnittlich 1 Wärter auf $9^4/_{10}$ Verpflegte, der Wechsel gross, 1863 fast die Hälfte), rühmt den guten Einfluss der Gottesdienste, auf deren Vermehrung man bedacht ist (in Meerenberg die Einführung eines täglichen Hausgottesdienstes im Werke), des Unterrichts (der übrigens nur in Meerenberg und Utrecht einigermaassen gepflegt wird) und der Beschäftigung, die in den meisten Anstalten zwar sehr betrieben wird, aber wegen mangelnder Gelegenheit zum Landbau doch zu wünschen übrig lässt. Nach den Erfahrungen von 3 Anstalten werden von den Verpflegten 60 pCt. zu geregelter Arbeit, 15 pCt. als nur vorübergehend zur Arbeit fähig und 25 pCt. als unfähig zur Beschäftigung bezeichnet. — Die Uebersicht über die Anwendung von Zwangsmitteln in den verschiedenen Anstalten lässt erkennen, dass nur ein sehr geringer Gebrauch von mechanischen Beschränkungsmitteln gemacht wird; indessen sprechen die Inspectoren ihre Ueberzeugung dahin aus, dass, so sehr auch die Beseitigung der Zwangsmittel anzustreben sei, doch in manchen Fällen das übertriebene Festhalten am No-restraint-System schädlichere Folgen nach sich ziehe, als eine verständige und sparsame Anwendung jener Mittel befürchten lasse. Als nachahmenswerth dürfte die Bekleidung der Zellenthüren an der Innenseite (zur Vermeidung des Lärms durch Anschlagen) zu empfehlen sein. Für jede Anstalt ist von den Inspectoren die Herstellung einer gepolsterten Zelle für jedes Geschlecht anbefohlen worden. — Aus den Angaben über die Verbesserungen, die hinsichtlich der Beköstigung, Bekleidung, Lagerung, Heizung und Beleuchtung stattgefunden, heben wir nur hervor, dass die Gasbeleuchtung, die bereits in 11 Anstalten eingeführt ist, sich bewährt hat und dass als Füllungsmittel für die Lagerung der Unreinlichen anstatt Heu oder Stroh ausgedroschene Rapsschoten als den Urin und den Uringeruch besser absorbirend und das Ungeziefer vertreibend empfohlen werden. — An die Irrenanstalten schliesst sich ein Bericht über die Idiotenanstalt im Haag und die wenig zahlreichen eigentlichen Pflegeanstalten (Ende 1863 befanden sich in den 3 noch bestehenden Pflegeanstalten des Landes nur noch 68 Pfleglinge). Dass in fast allen Provinzen Gesellschaften zur Unterstützung armer Genesener und zwar unter dem Protectorat der Regierung entstanden sind, stellt dem bekannten Wohlthätigkeitssinn des holländischen Volkes ein ehrendes Zeugniss aus. — Die nun folgenden zahlreichen

statistischen Tabellen erstrecken sich nicht nur über den 4jährigen Zeitraum von 1860 bis 1863, sondern geben nach vielfachen Seiten hin eine sehr interessante Uebersicht über die Irrenpflege in dem zwanzigjährigen Zeitraum von 1844 an, wo mit der Irrenanstaltsstatistik begonnen wurde. Wir glauben deshalb ein und das andere, namentlich was den Fortschritt der holländischen Irrenpflege in dieser Zeitperiode bekundet, daraus erwähnen zu müssen. — Während im ganzen Königreich die Zahl der in Anstalten verpflegten Irren sich von 5,33 auf 10,000 Einwohner im Jahre 1854 auf 7,54 im Jahr 1863 gehoben hat, ist der Antheil der einzelnen Provinzen in dieser Gesammtsumme allerdings ein sehr verschiedener, und es bewährt sich auch hier wieder in schlagender Weise, dass Bezirke ohne eigene Anstalt nur eine sehr geringe, Bezirke mit guten Anstalten dagegen eine sehr beträchtliche Zahl von Irren in Pflege haben. Die 3 Provinzen Zeeland, Gröningen und Drenthe, welche keine eigenen Anstalten besitzen, sondern ihre armen Kranken in Anstalten benachbarter Provinzen unterbringen, zählen nur 3,60 resp. 4,80 und 1,99 Irre auf 10,000 Einwohner in Anstaltspflege, dagegen Utrecht und Nordholland (Meerenberg) 11,05 resp. 11,30. — Die Zahl der Kranken in Anstalten betrug überhaupt

am 1. Januar 1844 . . 837,
am 1. „ 1854 . . 1,637,
am 1. „ 1864 . . 2,610,

und im ersten Jahrzehend wurden 4,730, im zweiten 6,991 Kranke aufgenommen.

Die Gesammtzahl der genesenen Entlassenen betrug in den 20 Jahren seit Verbesserung der Irrenpflege 4,373, ein Resultat, auf welches die Inspectoren um so mehr die Aufmerksamkeit zu lenken sich verpflichtet fühlen, als bei der früheren schlechten Einrichtung der Anstalten Genesungen überall zu den grossen Seltenheiten gehörten. Die Zahl der wiederholten Aufnahmen war in dem ersten Jahrzehend 20,2, im zweiten 21,4 Procent der Gesammtaufnahmen. Erblichkeit wurde im ersten Jahrzehend in 17,4, im zweiten in 27,4 pCt. der Aufnahmen (die Zunahme soll der genaueren Erhebung zuzuschreiben sein), die Entstehung des Irreseins aus Trunksucht bei 7,6 resp. 9,9 pCt. beobachtet. Auffallend gross ist die Zahl der nach der Aufnahme als nicht irre befundenen Personen (im 1. Jahrzehend 100, im 2. 64) und wird der Grund davon wohl mit Recht in dem Mangel an psychiatrischem Unterricht in der ärztlichen Bildung gesucht. Von jedem Hundert der von 1844—1863 Aufgenommenen sind

	Männer.	Frauen.	Total.
gestorben . . .	44,6,	38,	42,3,
genesen	40,8,	48,3,	43,4,
ungeheilt entlassen	14,6,	13,7,	14,3,
			100,0.

Der Bericht schliesst, bei aller Anerkennung des bisher in Holland für das Irrenwesen Geleisteten, mit dem dringenden Wunsche nach weiterem Fortgange der Verbesserungen, in der Ueberzeugung, dass Stillstand auf diesem Gebiet wirklicher Rückschritt sei oder doch sicher zu ihm führe.

Referent glaubt diese Anzeige nicht beschliessen zu dürfen, ohne seine Ueberzeugung dahin auszusprechen, dass der vorliegende durchaus praktisch gehaltene Bericht ein glänzendes Zeugniss von den regen Bestrebungen unseres Nachbarlandes ablegt, und die Vortheile einer centralisirten und sachverständigen Händen anvertrauten Aufsicht, wie sie unseren grösseren deutschen Staaten noch fehlt, auf das Neue in's Licht zu stellen geeignet ist. *N.*

Piderit, Dr. *Theodor*, Wissenschaftliches System der Mimik und Physiognomik. Mit 94 photo-lithographischen Abbildungen. Detmold, 1867. XVI und 204 S. gr. 8.

Seitdem der Verf. im Jahre 1858 seine erste Arbeit über diesen Gegenstand („Grundsätze der Mimik und Physiognomik." Braunschw.) veröffentlichte, welche von dem Begründer unserer Zeitschrift im 17. Bande derselben S. 345 mit Anerkennung der Bemühung und der Leistung angezeigt wurde, hat ihn dasselbe Thema fortwährend beschäftigt. Dies bezeugte schon ein im 18. Bde. dies. Ztschr. (S. 295) mitgetheilter Aufsatz unter der Ueberschrift: „Ueber die Muskeln und Mienen des menschlichen Antlitzes im Allgemeinen und des Auges insbesondere", welcher, noch vervollständigt, in das vorliegende umfangreiche Werk eingereiht ist. Der damalige Aufenthalt des Vfs. (in Valparaiso) schnitt ihn von den technischen Hülfen ab, durch deren Benutzung diese Schrift erfreuliche Vervollkommnung und Abschluss gewonnen hat. Dieselbe zerfällt in zwei nahezu gleiche Theile, deren erster die Mimik behandelt, d. h. den augenblicklichen und vorübergehenden Ausdruck, durch welchen sich die Zustände der Seele in den Gesichtszügen zu erkennen geben, während der zweite die Physiognomik zum Gegenstande hat, d. h. den nachhaltig

bleibenden Ausdruck, welcher die vorzugsweise die Seele beherrschenden Zustände in den Gesichtszügen zurücklassen und welche daher zu Schlüssen auf die Grundlage dieser herrschenden Seelenzustände, auf den Charakter des Menschen benutzt werden können. Beide Theile gehen Hand in Hand: der physiognomische lehnt sich fest an den mimischen an. Es wird überzeugend nachgewiesen, dass beide Themata bei den bisherigen, zum Theil mit rauschendem Beifall aufgenommenen (*Lavater*), Versuchen ihrer Bearbeitung doch nur eine sehr oberflächliche Bearbeitung erfahren haben und dass insbesondere die Physiognomik niemals über blosse in der Luft schwebende, fast durchgängig unrichtige Behauptungen hinausgekommen ist. Denn sowohl die Anomalie der Gesichtsmuskeln, wie auch die Physiologie des Nervensystems wurde bei diesen Versuchen vernachlässigt, während ohne sie die wenn auch spärlichen Resultate der späteren neuro-physiologischen Forschungen ihnen nicht zu Gute kommen konnten. An der Hand dieser Wissenschaften bemüht sich nun der Verf., zunächst die Regeln aufzufinden und festzustellen, nach welchen sich die Seelenzustände des Menschen in seinem Gesichte ausdrücken, und sodann diejenigen zu suchen, nach welchen dieser Ausdruck vorübergehender, aber oft wiederkehrender und herrschender Seelenzustände ein bleibender zu werden pflegt. Die Terminologie, mittels deren die verschiedenen „Blicke" und „Züge" unterschieden werden, ist einfach, bezeichnend und folglich leicht verständlich. Die beigegebenen Zeichnungee erläutern die aufgestellten Regeln nicht allein, sondern sie beweisen zugleich ihre Richtigkeit. Denn diese Zeichnungen sind mit grosser Vorsicht entworfen: ein und derselbe Gesichtsumriss dient, mit Weglassung alles ausschmückenden und unterstützenden Beiwerks, die charakteristischen Veränderungen zu zeigen, welche der wechselnde Zustand der Seele mittels der Einwirkung auf den Apparat der Augen- und Gesichtsmuskeln in den Mienen des männlichen Gesichts erzeugt, und es ist höchst überraschend, wie die leise Veränderung oder Hinzufügung eines oder einiger Striche, wenn sie nur die Wirkung der rechten Muskeln bezeichnen, den geistigen Ausdruck lesbar umgestaltet. Nur einmal, bei dem „verstellten Blicke" (der vielleicht passender der lauernde genannt werden könnte), musste eine leichte Neigung des Kopfes nach vorn zu Hülfe genommen werden. — Aber auch bei der Anwendung der für die Mimik gefundenen Regeln auf die Physiognomik bewähren sich diese in den vorgeführten Umrissen der Bildnisse hervorragender und bekannter Persönlichkeiten durchaus, obgleich letztere nicht allein mit grosser Vorsicht ausgewählt, sondern auch mit engster Beschränkung auf die unentbehrlichsten

Umrisse wiedergegeben sind. Dabei hat sich der Verf. zugleich bestrebt, auf alle die Cautelen hinzuweisen, welche bei Verwerthung der mimischen Gesetze für die Physiognomik das Urtheil sichern und irrige Schlüsse auf den Charakter verhüten können. Nach allem diesen glaubt Ref. diese Schrift als die beste bezeichnen zu dürfen, welche wir über diesen Gegenstand zur Zeit besitzen und besitzen können, und er stimmt mit dem Verf. überein, dass jede weitere Vervollkommnung der hier behandelten Wissenschaft nur durch Verfolgung des von ihm eingeschlagenen Weges erreicht werden kann. Es leuchtet aber ein, dass die Lectüre dieses Buches nicht blos aufklärend für den Mediciner, sondern zugleich belehrend und anleitend für den bildenden Künstler sein wird; hoffentlich werden die bezüglichen Fachjournale Maler und Bildhauer allem mit der Sache zukommenden Eifer darauf hinweisen. — Aufgefallen ist übrigens dem Ref., dass der Verf., vielleicht nur, weil ihm Gelegenheit dazu fehlte, nicht ebenso, wie den Mangel des Gehörs, auch den des Gesichtssinnes rücksichtlich der Wirkungen auf das Mienenspiel seiner Beobachtung unterzogen hat, wobei sich gewiss neue Zeugnisse für die Richtigkeit seiner Darstellung ergeben haben würden. — Die Ausstattung des Buches lässt nichts zu wünschen. *Fl.*

The personal responsability of the insaue by *James F. Duncan.* Dublin, 1865. 98 pp.

Verf. beschäftigt in seinem mehr populär gehaltenen Werkchen zunächst die Frage, ob zwischen Verbrechern und Geisteskranken ein wirklicher Unterschied bestehe?

Selbst zugegeben die Verschiedenartigkeit beider Zustände, giebt es doch schwierig zu differenzirende Mittelzustände. Es giebt im Publicum Viele, die annehmen, dass jene nur zwei verschiedene Formen ein und desselben Geisteszustandes sind. Die Tragweite dieser Hypothese, wenn sie mehr als dieses wäre, leuchtet ein, die Gefängnisse werden Irrenhäuser und die Criminaljustiz hätte aufgehört. Die öffentliche Meinung tritt dieser Ansicht instinctiv entgegen. Die Wissenschaft lehrt, dass Geistesstörung auf Erkrankung des Organs der Seele beruht, während das Verbrechen eine verkehrte Aeusserung (*pervated action*) der Seele ist.

Die geistigen Individualitäten sind unendlich mannigfaltig, es giebt keinen Typus, der als Norm geistiger Gesundheit anzusehen wäre. Nur die individuelle Betrachtung eines Menschen, die Vergleichung seiner früheren und jetzigen psychischen Individualität und

die Untersuchung, ob etwaige Aenderungen derselben äusserlich nicht motivirt und plötzlich aufgetreten sind, lassen entscheiden, ob er psychisch krank ist. Diese Aenderung der psychischen Individualität ist das Grundzeichen der psychischen Krankheit; es vollzieht sich diese Aenderung oft so langsam, dass sie lange verkannt wird.

Wenn die Seelenstörung (wofür Verf. zahlreiche Analogieen und Beweise bringt) auf einem Gehirnleiden beruht, so ergiebt sich klar, dass die Zurechnungsfähigkeit in solchen organisch bedingten Zuständen aufgehoben ist. Es fragt sich nur, wie weit geht in solchen Zuständen die Störung? Wie weit muss die Nichtzurechnungsfähigkeit den Handlungen solcher Kranker zu Gute kommen? Zwei Ansichten stehen sich hier gegenüber: das grosse Publicum, die Aerzte an der Spitze, nimmt Unzurechnungsfähigkeit bei jedem Gestörten an, die andere lässt die Verantwortlichkeit nur bei ausgesprochenem Wahnsinn aufgehoben sein (Juristen). Diese Ansicht mag theoretisch richtig sein, stösst aber *in praxi*, weil sie die Ausdehnung der Störung nicht präcisiren kann, von der doch das Strafmaass abhängen müsste, auf erstaunliche Schwierigkeiten. Die Rechtspflege ist in diesem Punkte in England eine sehr unsichere und arbiträre.

Die Beurtheilung solcher subjectiven Zustände ist äusserst schwer, oft unmöglich. Ist doch die Streitfrage, ob es getrennte Seelenvermögen giebt und sie isolirt erkranken können, womit eng die Frage einer partiellen Zurechnung zusammenhängt, nicht geliebt, und wenn sie es wäre, wie wollte man den Umfang dieser Vermögen und ihrer Störung präcisiren, wie wenig ist oft von den inneren Bewusstseinszuständen, über die der Experte urtheilen soll, ihm zugänglich!

Dies gilt nun alles gerade hauptsächlich in den Fällen transitorischer und partieller Seelenstörung, welche letztere Verf., nachdem er sich entschlossen hat, die Selbstständigkeit verschiedener Seelenvermögen anzuerkennen, natürlich logischerweise annehmen muss. Mit seiner falschen Prämisse kommt er nothwendigerweise dann zur partiellen Zurechnungsfähigkeit, ist aber so ehrlich, einzugestehen, dass die Schwierigkeiten, hier Grenzen der Störung und sich daraus ergebender Zurechnung zu ziehen, enorm sind. Vollständig unbegreiflich ist es uns, wie Verf. aus disciplinären Erfolgen bei Irren in Anstalten, aus den Resultaten des *Leuret*'schen traitement moral, aus Aeusserungen von Rechtsbewusstsein einzelner Kranker, Capital für seine Annahme einer partiellen Zurechnung schlagen kann und dabei die Dressur, die man selbst einem Thiere beibringen kann, mit freier Willensbestimmung verwechselt.

Glücklicher ist Verf., wenn er bei der Frage nach den Criterien der Zurechnungsfähigkeit den Standpunkt der englischen Gerichtshöfe,

die sie von dem vorhandenem Unterscheidungsvermögen für Recht oder Unrecht abhängig machen, tadelt und nachweist, dass dieses wohl erhalten sein könne, aber trotzdem die fehlende Energie des Kranken, sich danach frei zu bestimmen, ihn unzurechnungsfähig mache. Ebenso weist er den absurden Standpunkt zurück, dass nur dann eine aus einem Wahne hervorgehende That straflos sei, wenn die That auch, wenn der Wahn Wirklichkeit wäre, gesetzlich erlaubt wäre (also ein an Verfolgungswahn Leidender ist straflos, wenn er aus vermeintlicher Nothwehr seinen Mörder erschlägt, strafbar, wenn er blos, um dessen Quälereien zu entgehen, ihn erschlüge). Mit Recht urgirt Verf., dass eine Wahnidee eine solche unter allen Umständen bleibt, und die aus ihr hervorgehende That nicht zurechenbar ist, auch wenn sie moralisch nicht zu rechtfertigen wäre.

Nach einer ausführlichen, aber wenig befriedigenden Besprechung einiger Kategorieen partieller und zweifelhafter Seelenstörung kommt *Duncan* zu folgenden Hauptfolgerungen:

1) Personen, welche an Manie (Incohärenz, Aufregung, allgemeiner und völliger Störung des Seelenlebens) leiden, sind völlig zurechnungsunfähig.
2) Personen, welche an partieller Seelenstörung (?) leiden, sind für das, was in das Bereich ihrer Störung fällt, unter jeder Bedingung unverantwortlich.
3) Besteht kein Zusammenhang zwischen ihrer Handlung und Störung, so muss die (partielle) Störung doch wenigstens als Milderungsgrund gelten (?).
4) Wer immer auf Grund von Seelenstörung freigesprochen ist, muss sofort einem Spital oder Asyl in Behandlung gegeben, und sobald er geheilt ist, in Freiheit gesetzt werden.
5) Hat ein Gestörter Jemandem persönlichen Schaden zugefügt, so ist er demselben zu angemessener Entschädigung verpflichtet.

Dr. von *Krafft-Ebing.*

Esquisses de médecine mentale. — *Joseph Guislain* sa vie et ses écrits, par *A. Brierre de Boismont*, Docteur en méd. (Avec le portrait de *Guislain.*) Paris, 1867. XIII und 160 S.

Es ist eine gute alte Sitte, das Gedächtniss der Männer, welche sich um die Menschheit oder um ihr engeres Vaterland verdient gemacht haben, über ihren Tod hinaus durch ein Bild von Stein oder Erz zu erhalten, welches Denen, für welche sie wirkten, Mitleben-

den und Nachkommen, die leibliche Erscheinung solcher Wohlthäter vergegenwärtigen kann. Und es ist löblich, dass sich dieser Gebrauch nicht lediglich auf grosse Kriegshelden und Staatsmänner, sondern hie und da auch auf jene hervorragenden Männer erstreckt, welche durch ihre Eroberungen im Felde der Wissenschaft der Mit- und Nachwelt Wohlthaten erwiesen haben. Doch ist es eben nur die äussere Erscheinung, deren Gedächtniss durch derartige Denkmäler erhalten wird; und ob sie diese noch so treu wiedergeben, dienen sie doch nur der grossen Menge zu eiliger Bewunderung und können nur ein flüchtiges Gefühl der Erhebung und des Dankes erwecken. Für Denjenigen aber, welcher die verdienstliche Wirksamkeit solcher Wohlthäter will genau kennen und würdigen lernen, bedarf es einer anderen Art von Denkmälern. Sie sehen sich um nach einer Schilderung der Erscheinung der grossen Vorfahren in Mitten ihrer Mitwelt, — nach einer Schilderung, die über den gewöhnlichen Nekrolog hinausgreift, — eindringt und die Geschichte des geistigen Werdens und Seins, und die Art der Thätigkeit, der Leistungen und Errungenschaften darstellt, wodurch jene der Menschheit genützt haben. Mögen auch dergleichen schriftliche Denkmäler durch die nachdringende Fluth der literarischen Erscheinungen früher oder später in die öffentlichen oder Privat-Bibliotheken zurückgeschwemmt werden: sie werden dadurch nicht verloren gehen, sondern dem Forscher in der Geschichte der Wissenschaften zugänglich bleiben. — Ein solches Denkmal ist es, welches der Verfasser der „Skizzen der psychischen Arzneikunde" in dem Eingangs genannten Werke einem der verdientesten Aerzte im Felde der Psychiatrie gesetzt hat. Wer sich aber jemals einer solchen Auszeichnung würdig macht, dem ist zu wünschen, dass er für die Erschaffung seines geistigen und wissenschaftlichen Abbildes einen Werkmeister finde, wie ihn *Guislain* in dem Verf. der vorliegenden Schrift gefunden hat. Von einem solchen Bild darf man verlangen, dass es nicht blos durch künstlerische Schönheit, sondern durch genaue Aehnlichkeit der Züge, nicht durch übersprudelndes Lob, sondern durch die treue Zeichnung des ganzen geistigen Menschen mit allen seinen Vorzügen und Mängeln, nach allen seinen Leistungen und selbst nach seinen misslungenen Bestrebungen, überhaupt durch das ihm eingehauchte Leben anspreche. Und ein solches Bild hat der Vf. geliefert. Von Keinem mehr, als von ihm durfte man dies erwarten, da Herr *Brierre de Boismont* bereits hinlänglich bekannt ist als kenntnissreicher, thätiger und verdienstvoller Arbeiter im Gebiete der psychiatrischen Disciplin. Doch zugleich ist er an sein Werk gegangen mit dem Eifer des Freundes, aber des wahren Freundes, der mit

gleicher Redlichkeit die vielen gelungenen, wie die wenigen verfehlten Bestrebungen des in unserer Wissenschaft hervorragenden Mannes zu verzeichnen, ein treues Bild des Arztes, des Psychiaters, des Philanthropen, des Gelehrten, des Schriftstellers und des öffentlichen Lehrers zu geben bedacht ist.

Verf. glaubt in der vorliegenden Schrift, die sich vorzugsweise mit den Leistungen *Guislain's* beschäftigt, den Beginn einer weiteren Reihe von „Skizzen der psychischen Medicin" zu sehen: eine Anmerkung zu Anfang der Vorrede giebt zu dieser Voraussetzung Veranlassung, da sie besagt, dass jener begonnen sei, bevor dem Verf. von Prof. *Burggraeve* an der Universität zu Gent, dem die Literatur die Etudes médico-philosophiques verdankt, die Aufforderung zu einer Würdigung *Guislain's* zugegangen war, welcher unsere Schrift Rechnung trägt. Gewiss ist aber, dass der Verf., während er den Entwickelungsgang *Guislain's* als Specialist im Fache der Psychiatrie verfolgt und die Verdienste namhaft macht, die derselbe sich um das Belgische Irrenwesen und zugleich, als Lehrer und Schriftsteller, um die Psychiatrie erworben hat, doch unausgesetzt den dermaligen Standpunkt dieses Zweiges der Medicin im Allgemeinen im Auge behielt. Den Ansichten, Theorieen, Erfahrungen und Beobachtungen *G.'s* stellt er in der Regel diejenigen gegenüber, welche derselbe bereits vorfand, — stellte zuweilen seine eigenen, oft übereinstimmenden, hie und da abweichenden, oder diejenigen anderer Mitarbeiter in diesem Gebiete gegenüber. Auf diese Weise gewinnt seine Arbeit einen gewissen Anspruch auf den Titel einer „Skizze der psychischen Medicin im Allgemeinen"; indem es eine belehrende Uebersicht des Gesammt-Gebietes dieser Disciplin darbietet, welche alle die wichtigsten Fragen, die in derselben auftreten, wenn auch nicht erschöpfend durchdringt, doch anregend und belehrend berührt. Dazu bietet dem Verf. hinreichende Gelegenheit eine genaue Zergliederung der Schriften *Guislain's*, der von der Société de surveillance médicale zu Amsterdam gekrönten Preisschrift: Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices d'aliénés (1828); des Traité des phrénopathies (1833); der Lettres médicales sur l'Italie, avec quelques renseignements sur la Suisse. Resumé d'un voyage fait en 1838 (1840); — La nature considerée comme force initiative des organes (1846); und besonders der 1852 in 3 Bänden veröffentlichten Leçons orales, ein Werk, welches für sich allein genügt, den Ruhm *Guislain's* in der psychiatrischen Literatur zu begründen.

Es kann hier nicht die Absicht sein, von dem Auszuge der Werke des ausgezeichneten Gelehrten, welcher den vornehmlichsten

Inhalt unserer Schrift bildet, wieder einen dürftigen Auszug zu liefern. Ich beschränke mich vielmehr darauf, den Gang, den der Vf. in derselben nimmt, und deren Inhalt kurz anzudeuten und nur bei einigen *Guislain* eigenthümlichen Ansichten zu verweilen.

Seine Sporen verdiente sich *G.* mit 24 Jahren durch die oben erwähnte Preisschrift. Sie war mehr ein Erguss des jugendlichen Herzens, als der Ausfluss einer mit Erfahrung und praktischer Kenntniss ausgerüsteten Intelligenz und wurde deshalb erst im folgenden Jahre nach Erneuerung der Preisaufgabe und nach einer Vervollkommnung, die jedes Bedenken gegen ihre Würdigung zurückwies, mit dem verdoppelten Preise gekrönt. Das Ziel, welches ihr Verf. im Auge hatte, war dies: das Loos der Irren in den vereinigten Staaten zu verbessern nach dem in den Nachbarländern, Frankreich, England und Deutschland bereits vorhandenen Vorbild: ein Ziel, welches er unter fortwährenden Kämpfen als die Aufgabe seines Lebens verfolgt hat. Eine bei Weitem glänzendere Anerkennung seines Strebens, und zugleich ein Zeugniss des Vertrauens in die Verheissungen, welche diese Schrift gab, folgt (1828) in *G.*'s Ernennung zum Oberarzte der Irrenanstalten zu Gent, die ihm ein weites Feld der Erfahrung eröffnete. Fünf Jahre später erschien das erste Ergebniss seiner Arbeit in diesem Felde in dem „Traité des phrénopathies". Die Grundidee dieser, auf einer gleich umfänglichen als sorgfältigen und feinen Beobachtung ruhenden Schrift ist das Axiom: dass die Geistes-Störungen Krankheiten der Sensibilität sind und dass in der überwiegenden Zahl der Fälle ihr Ausgangspunkt der Schmerz ist. Die grosse Ausdehnung, in welcher der Vf. diesem Satze Geltung vindicirt und welche vielfach Anstoss gefunden hat, Angesichts der auch von ihm (jedoch als Ausnahme) anerkannten Thatsache, dass viele Psychosen aus einer plötzlichen freudigen Gemüths-Erregung hervorgehen und in anderen masslose Heiterkeit vorherrscht, — sie hat ihren Grund gewiss in nichts Anderem, als in dem Eindrucke, welchen eine ausgedehnte Beobachtung auf den Verf. machte. Nicht allein, dass in der That eine sehr zahlreiche Gruppe von Psychosen sich entweder aus einem Vorstadium mit melancholischer Färbung entwickelt oder sich sogleich ursprünglich zur Melancholie gestaltet und zum Theil diesen Charakter dauernd bewahrt, zum Theil erst im weiteren Verlaufe Wandlungen erleidet, welche der Psychose das Gepräge der Chaeromanie aufdrücken: auch die Eigenthümlichkeit des Klimas und der Nationalität, innerhalb deren *G.* seine Beobachtungen sammelte, könnte wohl Anlass gegeben haben zu der Erweiterung der Grenzen, die er für dei Gültigkeit seines Axioms in Anspruch nimmt. Ref. glaubt,

wie er schon an einem anderen Orte angedeutet hat, bei verschiedenen Bevölkerungen und unter verschiedenen klimatischen Verhältnissen auch ein gewisses nationales Gepräge der Psychosen constatirt zu haben, welches nicht allein in der weitaus grössten Zahl der Fälle die Form derselben bestimmte, sondern selbst bei allen Formen — exaltativen und depressiven — sich wieder erkennen liess. Zwar ist die Zahl der Thatsachen, auf welche sich diese Meinung stützt, eine relativ beschränkte: immerhin aber verdiente diese einige Beachtung. So fand Ref. unter den Irren der französischen Hospitäler vorwaltend das Gepräge eines maasslosen Egoismus, in den süddeutschen das Gepräge des Fratzenhaften, in den norddeutschen das des finsteren Misstrauens, welches sich in scandinavischen Asylen mit einer Menschenfeindlichkeit und mit einer leidenschaftlichen Heftigkeit verband, die bei Melancholischen, wie bei Tobsüchtigen, ja schon bei stark Berauschten, sich zur wahren Berserkerwuth steigerte. Ist vielleicht der Charakter der niederländischen Bevölkerung geeignet, den psychischen Erkrankungen ein Gepräge reiner Schwermuth, einer schmerzvollen Duldung aufzudrücken? Sei diese Frage der Beobachtung und Vergleichung der Sachkenner zugewiesen. — Auch in dem Traité des phrénopathies ist, wie der Verf. unserer Schrift bemerkt, die Devise des Autors: „Bekämpfen und helfen; die Wissenschaft folgt." — Eine Reise in's Ausland gab *G.* Gelegenheit zu den höchst werthvollen „Lettres médicales sur l'Italie etc.", die nicht blos die Psychiatrie, sondern auch die Medicin im Allgemeinen durch lehrreiche Bemerkungen bereicherte.

Der bei Weitem grösste Theil unserer Gedenkschrift beschäftigt sich mit dem Hauptwerke des berühmten Psychiater, mit seinen „Leçons orales", welche sich über die Gesammtheit unserer Disciplin verbreiten. Die in's Einzelne gehende Darlegung des Inhalts dieses Werkes bietet hinreichende Gelegenheit, die Reichhaltigkeit desselben, die Sorgfalt der Beobachtung, die Schärfe der Auffassung und des Urtheils hervorzuheben, mit denen *G.* in jede Materie beleuchtend und aufklärend eindringt, und die jeder, der dieses Werk studirt hat, anerkennen wird. Während der Verf. unserer Gedächtnissschrift bei seiner Arbeit, die ihn auf eine Menge der erfreulichsten Gesichtspunkte führt, nicht umgeht, auch des Fehlschlags zu gedenken, der *G.* bei seinen Classifications-Versuchen betroffen hat, — ein Missgeschick übrigens, welches bis jetzt noch mehr oder weniger Allen begegnet ist, die sich an diese Sisyphus-Arbeit gewagt haben, — findet er schliesslich Grund, einige Vorwürfe zurückzuweisen, welche *G.* vornehmlich in Frankreich gemacht worden sind, „wo sein Andenken sich zu schwächen scheint, weil er nicht dort geboren ist".

Neben dem Mangel an logischer Ordnung des schriftlichen Vortrages und der Häufigkeit von Wiederholungen hat die Schreibart des Niederländers den Franzosen einen vornehmlichen Grund des Tadels abgegeben. Die Schwierigkeit, die grosse Masse des Stoffes zu bewältigen, und die Geschäfts-Ueberhäufung, durch welche *G.* verhindert wurde, vor seinem Tode eine zweite verbesserte Ausgabe der „Leçons orales" zu Stande zu bringen, machen jene Mängel ebenso verzeihlich, wie in unseren Augen der zuletzt gedachte durch die Nativität *G.*'s entschuldigt wird. — Es ist überflüssig, der Verdienste zu gedenken, welche sich der berühmte Arzt um die Verbesserung des Belgischen Irrenwesens, die das Land zum grössten Theile seinen unnachlässigen Bemühungen verdankt, und diejenigen zu erwähnen, welche er sich als Lehrer der Universität erworben hat und die in seiner Heimath stets in lebhaftem Andenken bleiben werden.

Schliesslich kann Ref. nicht umhin, die vortreffliche Ausstattung dieser von Druckfehlern fast freien Denkschrift lobend anzuerkennen, welche in der That deutschen Verlegern zum Vorbilde dienen kann. *Fl.*

Statistik des Hospice Guislain in Gent während der Jahre 1853—1862. Von Dr. *B. Ingels.* Gent, 1867. 162 S. in 8.

Eine werthvolle Fortsetzung der 1853 von *Guislain* veröffentlichten Statistik nebst einem Plan der Anstalt.

Bevölkerungszahl. Verpflegt wurden im Decennium 1853 bis 1862 1,302 männliche Kranke; davon 208 am 1. Januar 1853 anwesend, neu aufgenommen 1,094. Von diesen 1,302 starben 357, wurden entlassen 461, verblieben am 31. December 1862 484, somit 276 mehr, als am Anfang des Decenniums, während in ganz Belgien seit 1835 die Gesammtzahl der Irren von 5,105 nur auf 6,451 bis 1858 gestiegen ist, und in den übrigen Anstalten dieses Landes die Bevölkerungszahl nahezu stationär blieb.

Die Seelenzahl von Gent ist von 1852 (111,938 Ew.) bis 1862 nur auf 121,969 Ew. gestiegen, so dass nicht in der Zunahme der städtischen Bevölkerung, sondern dem grösseren Vertrauen zur Anstalt, der besseren Hygiene und geringeren Mortalität (6 pCt. gegen 10 pCt. früher), die steigende Frequenz wesentlich zu suchen ist, und keine absolute Zunahme der Seelenstörungen für Gent erschlossen werden darf.

Aufnahmen: 1,094. a) nach der Jahreszeit: Auf die 4 heissesten Monate (Mai, Juni, Juli, August) kommen 415 Kr. (37,93 pCt.), auf die 4 ersten 359 (32,80 pCt.), auf die 4 letzten 320 (29,25 pCt.); b) nach dem Alter der Kranken zur Zeit der Aufnahme: von 1—10 J. 41 (3,74 pCt.); von 11—20 J. 135 (12,33 pCt.); von 21—30 J. 174 (15,90 pCt.); von 31—40 J. 203 (18,55 pCt.); von 41—50 J. 216 (19,74 pCt.); von 51—60 J. 183 (16,72 pCt.); von 61 — 70 J. 93 (8,50 pCt.); von 71—80 J. 37 (3,38 pCt.); von 81—90 J. 12 (1,09 pCt.); c) nach der Zahl der Anfälle: von Geburt an krank waren 14,99 pCt.; im ersten Anfall aufgenommen wurden 61,97 pCt., im zweiten 11,33, im dritten 3,56, im vierten 1,46, im fünften 0,45, im sechsten 0,27, im siebenten 0,27, im achten 0,18, im mehr als achten 2,19; d) nach dem Stande: ledig 53,74 pCt.; verheirathet, kinderlos 8,04; verheirathet, im Besitz von Kindern 25,41; Wittwer, kinderlos 2,37; Wittwer im Besitz von Kindern 7,58; e) nach der Beschäftigung: Landwirthe 133 (12,15 pCt.), Tagelöhner 95 (8,68), Fabrikarbeiter 114 (9,51), Bäcker 22 (2,01), Schankwirthe 20 (1,82), Metzger 6 (0,54), Schneider 29 (2,65), Schuhmacher 46 (4,20), Schreiner 26 (2,55), Bettler 3 (0,027); f) nach dem Bildungsgrade: des Schreibens und Lesens unkundig 346 (31,62); des Lesens kundig 96 (8,77); des Schreibens und Lesens 595 (54,38); gebildete 26 (2,37).

Ursachen. Die Zahl derselben entspricht natürlich nicht der der Aufnahmen. Die Statistik nimmt 112 ätiologische Momente an. Psychische Ursachen fanden sich 519 mal, darunter Kummer 431 mal (39,39 pCt.), religiöse Scrupel 12 mal, Schrecken 34 mal; Somatische 347 mal, ungerechnet 164 angeborene Seelenstörungen, darunter Alkoholexcesse 120 mal, sexuelle 63 mal, Onanie 17 mal, Kopfverletzungen 26 mal, apoplektische Anfälle 23 mal, Typhus 15 mal; Erblichkeit fand sich bei 286 Fällen (26,14 pCt.), doch war sie bei der oft mangelhaften Anamnese wohl eine bedeutendere. Eine interessante Tabelle (XI.) ermittelt die näheren Verhältnisse der erblichen Uebertragung. Darnach ist der erbliche Einfluss des Vaters ein grösserer (62 mal), als der der Mutter (47 mal) auf den Sohn. 45 mal vererbte sich die Störung des Vaters direct auf den Sohn, 13 mal war der Vater des Kranken Trunkenbold, 2 mal sehr nervös, 1 mal Apoplektiker, 1 mal Epileptiker = 62. 35 mal vererbte sich die Störung der Mutter auf den Sohn, 3 mal war die Mutter des Kranken schwachsinnig, 1 mal apoplektisch, 1 mal hysterisch, 7 mal an Alcohol excedirend = 47.

Formen der Seelenstörung. Unter den 1,094 Aufnahmen fanden sich 111 Melancholische (10,14 pCt.); 311 Maniakalische (28,46);

secundäre Formen und Idioten 440 (40,21). Neigung zu Selbstmord wurde in 3,19 pCt. aller Fälle beobachtet.

Der Procent-Satz der Fälle von *Dem. paral.* (100 Fälle) sank im Decennium von 12,22 pCt. auf 9,14 pCt. Desgleichen verminderten sich die Fälle von epileptischer Störung (79 F.) von 12 pCt. im J. 1852 auf 7,31 pCt. Bei den Paralytikern fehlte öfters der Grössenwahn, es fand sich blos einfache progressive *Dementia*, in 6 oder 7 Fällen auch ein rein melancholisches *Delirium*.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme: 158 Kranke wurden in den ersten Krankheitstagen, 540 im ersten Jahre aufgenommen, die übrigen nach dem ersten Jahre der Krankheit.

Entlassungen: Entlassen wurden 461 Kranke. Davon geheilt 305, bedeutend gebessert 47, ungebessert 78 (als nicht seelengestört entlassen 31). Eine günstige Prognose boten bei der Aufnahme 308 Kr., eine zweifelhafte 208, eine ungünstige 547 Kranke. Rechnet man die vollständig Genesenen und bedeutend Gebesserten zusammen, so ergiebt sich, dass von 1,094 seit 1852 Aufgenommenen 33,45 pCt. geheilt oder gebessert wurden, was als günstiges Verhältniss bei der grossen Zahl von vorn herein als unheilbar Aufgenommener betrachtet werden darf. Von den Genesenen oder gebessert Entlassenen hatte die Krankheit gedauert: ¼ J. bei 35,22 pCt.; ½ J. bei 18,46 pCt.; ¾ J. bei 11,07 pCt.; 1 J. bei 11,07 pCt.; 1½ J. bei 5,11 pCt.; 2 J. bei 3,12 pCt.; 3 J. bei 3,97 pCt.; 4 J. bei 3,12 pCt.; 5 J. bei 0,56 pCt.; 6 J. bei 1,42 pCt.; 7 J. bei 1,42 pCt.; 11 J. bei 0,28 pCt.; 12 J. bei 0,28 pCt.; 21 J. bei 0,28 pCt.

Es bestätigt sich somit, dass die Heilbarkeit im umgekehrten Verhältniss zur Krankheitsdauer steht.

Nach der Krankheitsform ergaben sich 206 F. mit günstigem Ausgange bei Manie (58,52 pCt.), 62 (17,61) bei Melancholie, 41 (11,62) bei démence, 20 (5,68) bei „folie", 18 (5,11) bei „délire".

Den höchsten Procent-Satz geben somit die Maniakalischen, da von 311 Aufg. 206 genasen (66,23 pCt.), dann die Melancholischen, bei denen von 111 Aufg. 62 günstig endeten (55,85 pCt.).

Mortalität. Von 1,302 im Decennium 1853—62 Behandelten starben 357. Während die Mortalität 1853 noch 11 pCt. der Irrenbevölkerung der Anstalt betrug, ist sie seit Eröffnung des Neubaues (1858) immer mehr gesunken und beträgt jetzt (1862) nur noch 6,41 pCt., was auf Rechnung der besseren Hygiene des Hauses zu bringen ist.

Bezüglich des Alters der Gestorbenen fällt die grösste Zahl der Todesfälle auf das von 50—60 J. (23,52 pCt.), bezüglich der Jahreszeit auf den Januar (13,44 pCt.), dann den März (11,20), December

(11,20), April (10,08), während im August und September die Mortalität nicht einmal 5 pCt. übersteigt.

Bezüglich der Dauer der Seelenstörung ergiebt sich, dass von den 357 Todesfällen weitaus die meisten in den 2 ersten Jahren der Krankheit eintraten, nämlich 104 (29,13 pCt.) im ersten, 66 (18,48) im zweiten Jahre. Von den Gestorbenen waren Maniaci 27 (7,56), Melanchol. 16 (4,45); litten an „délire" 10 (2,80), an folie 11 (3 08), an démence 261 (73,10 pCt.). Unter der démence sind auch die Paralytiker mit 99 Fällen begriffen (27,73); 32 Fälle waren Epileptiker (8,96 pCt.).

Die letzten Krankheiten der Gestorbenen. 143 Kranke erlagen Affectionen des cerebrospinal. Systems; 121 Brustaffectionen (*Bronchit. chron.* 25 mal, *Phthis. pulm.* 35 mal); 31 abdominellen Leiden. Es kamen 2 Selbstmorde vor. In 40,89 pCt. erfolgte der Tod binnen dem ersten Monat der zum Tode führenden Krankheit. Eine sorgfältige Tabelle giebt die intercurrirenden Krankheiten an, welche bei der Anstaltsbevölkerung vorkamen und aus der hervorgeht, dass die Psychosen kein ausschliessendes Moment für irgend welche körperliche Krankheit bilden. Pellagröse Affectionen, Ohrblutgeschwülste kamen nicht zur Beobachtung. Dagegen wurden von 1862—67 5 Fälle von Othämatom verzeichnet, die sich immer auf ein *Trauma* zurückführen liessen.

Decubitus kam in 98 Fällen zur Behandlung, meist bei Paralytischen.

Lungengangrän bei Nahrungsverweigerung wurde 6 mal beobachtet.

Folgen weitere Mittheilungen und Casuistik über intercurrirende bei den Irren der Anstalt vorgekommene Krankheiten.

Bezüglich des Einflusses intercurrirender Krankheiten auf die Seelenstörung fand *Ingels*, dass in seltenen Fällen diese eine günstige Wendung erfuhr, meist verschlimmerten sie den allgemeinen und psychischen Zustand. Oft hatten sie gar keinen Einfluss. In fieberhaften Affectionen kommt es vor, dass das febrile Delirium sich zu dem chronischen der Psychose hinzugesellte und mit dem Aufhören der intercurrirenden Affection wieder verschwand.

Therapie: Von medicamentösen Mitteln kommen die meisten nur bei intercurrirenden Affectionen und gegen diese zur Anwendung; von Heilmitteln gegen die Psychose fast ausschliesslich *Narcotica*.

Vom *Opium* wurde in der Manie kein Erfolg gesehen; *Morph. acet.* nach Umständen, verbunden mit *Digital.*, *Hyoscyam.*, *Camph.*, leistete gute Dienste bei Melancholie; *Digitalis* mit *Aq. Laurocerasi* bei

Manie und *Alkohol. acut.* und *chron.*; bei letzteren Zuständen wurde guter Erfolg von ihrer Verbindung mit *Laudanum* gesehen; wo zugleich *Stupor*, eine geistige Hemmung und ein gedunsenes injicirtes Gesicht vorhanden war, wurde zugleich *Jodkali* gereicht.

Belladonna kam oft zur Anwendung; in Verbindung mit *Zinc. oxydat.* oder *Cupr. sulf. ammoniat.* besonders bei Epileptikern, aber ohne Erfolg. Chloroforminhalationen beruhigten bei einem Anfalle heftiger Manie.

Aether, Campher, *Antispasmodica* wurden nur als *Adjuvantia* benutzt; *Nux vomica* und Strychnin waren nützlich bei Atonie der ersten Wege; *Tonica*, besonders *Chinin*, bei Psychosen aus Schwächezuständen.

Schwächende Mittel fanden selten eine Medication; Aderlass, wegen des psychischen Zustandes, nur einmal; locale Blutentziehungen wurden bisweilen benutzt. Entleerende und beruhigende Klystiere fanden häufige Anwendung besonders bei Melancholie und Hypochondrie *Tart. emetic.* wurde mehr äusserlich gebraucht (vergl. *Autenrieth*); Haarseile selten, Moxen nie.

Ein Hauptmittel waren Bäder von 28° ½—1 Stunde und prolongirte von 4—8 Stunden, letztere von trefflichem Erfolg bei heftigen Manieen. Die Anwendung der Douchen fand vorsichtig, selten statt, im Allgemeinen wie in den meisten jetzigen Anstalten.

Der psychischen Behandlung wurde sorgfältig Rechnung getragen; die Betheiligung der Kranken bei Religionsübungen war eine ausgedehnte (die Krankenpflege wird von einem dienenden Orden ausgeübt); desgleichen bei einer Anstaltsschule, in der Lesen, Schreiben, Rechnen, Geographie, Geschichte, Sprache, Gesang und Instrumentalmusik gelehrt wird, und die sich sehr nützlich erwies. Die Kinder turnen fleissig. Aus der Musikschule ist allmählig ein ganz tüchtiges Orchester hervorgegangen. Häusliche Feste, Spatziergänge finden reichlich statt.

Die Kranken arbeiten viel in den Werkstätten und der Oekonomie des Hauses. Man rechnet 50 pCt. Arbeiter, die aber freilich nicht das leisten, als eine gleiche Zahl Tagelöhner.

Arzt der Anstalt ist Dr. *B. Ingels*, dem wir auch die werthvolle Statistik verdanken. Als Ref. das Hospice Guislain 1866 besuchte, war Dr. *I.* alleiniger Arzt für etwa 480 Kranke (!). Wir ersehen mit Freude aus seinem statistischen Bericht, dass ihm nun 2 Internes beigegeben worden sind. Dr. *v. Krafft.*

De la perversion morale chez les femmes enceintes (considérée principalement ou point de vue médico-légal) — par *J. E. Ribes.* Strassbourg, 1866. 29 pp.

Vorliegende Abhandlung (Thèse pour le Doctorat). welche sich auf keine eigenen Beobachtungen stützt, enthält wesentlich eine auf Literatur-Studium basirende, fleissige Zusammenstellung der Aeusserungen zahlreicher Autoren über die in Folge der Gravidität auftretenden psychischen Alterationen; diese werden von einigen kritischen Bemerkungen und von einer kurzen Darlegung der persönlichen Auffassung des Verfassers begleitet. — Der Inhalt der in 2 Abschnitte zerfallenden Arbeit ist folgender:

1. Klinischer Abschnitt. Es giebt unwiderstehliche Triebe bei Schwangeren; diese äussern sich nicht nur als Perversionen des Geschmacks und sonderbarer Gelüste, als unmotivirte Neigungen und Abneigungen, sondern auch als verbrecherische Handlungen, namentlich Diebstahl, seltener Mord; sie haben meist einen transitorischen Charakter. — Die Ursache der Störung liegt oft in einer durch die Schwangerschaft gesetzten allgemeinen Anämie, namentlich, wenn eine Prädisposition durch erbliche Anlage oder directe psychische Einwirkungen vorhanden ist; oder aber sie beruht auf Gehirn-Hyperämie, bedingt durch Circulationsstörungen, welche der vergrösserte *Uterus* im *Abdomen* hervorruft. Erste Schwangerschaft in späteren Jahren und Störung bei früheren Schwangerschaften prädisponiren ebenfalls. Die Zeit des Auftretens fällt zumeist in spätere Perioden, besonders den fünften Monat der Gravidität.

2. Forensischer Abschnitt. Wir finden bei den Sachverständigen die widersprechendsten Anschauungen; die Einen verlangen vollständige Zurechnungsfähigkeit, Andere sprechen sich für partielle, durch Zulassung mildernder Umstände, aus, wieder Andere wollen vollständige Unzurechnungsfähigkeit. Die gleichen Verschiedenheiten walten bei den Entscheidungen der Gerichte. Verf. spricht sich bestimmt gegen partielle Zurechnungsfähigkeit aus; eine *Gravida* ist entweder geisteskrank oder -gesund, im ersten Falle ist sie vollständig unzurechnungsfähig, im anderen Falle aber der ganzen Strenge des Gesetzes zu unterwerfen. Er räumt dabei ein, dass der concrete Fall oft sehr grosse Schwierigkeiten der psychiatrischen Beurtheilung biete. — Schliesslich fasst *R.* das Resultat der Abhandlung in die beiden Sätze zusammen: Die Schwangerschaft kann psychische Alterationen erzeugen, welche den freien Willen aufheben. In diesem

Zustande kann keine Frau für die unter seinem Einflusse begangenen Handlungen verantwortlich gemacht werden.

Dr. *Kirn*.

Grundriss der Geisteskrankheit. Unterhaltende und belehrende Mittheilungen über das Schicksal der Irren. Von Dr. *Heinr. Goullon*, pr. Arzt zu Weimar, früh. Ass.-Arzt a. d. Gr. S. Irrenheil- und Pflege-Anstalt zu Jena. Sondershausen, 1867. XII und 280 S. 8.

Die gar zu knappe Kürze im Titel soll uns nicht hindern, zu verstehen, dass ein Grundriss der Lehre von der Geisteskrankheit gemeint ist, und wir wollen nicht kritisirend in Frage stellen, ob der Ausdruck „Grundriss", welcher laut der Vorrede das Unfertige und Skizzenhafte der dargebotenen Schrift bezeichnen soll, nicht wenigstens passender durch „Umriss" ersetzt würde. Dagegen könnte der im Titel gegebene Beisatz die Frage anregen: ob das Schicksal der Irren ein geeigneter Gegenstand der „Unterhaltung" sein könne. Indessen: auch dieser Bedenklichkeit wird man Schweigen gebieten, sobald man sich überzeugt hat, dass dem Verf. die Belehrung der Hauptzweck seiner Bemühung und, jene unterhaltend zu machen, nur das Mittel zum Zwecke ist. Er glaubte ohne Zweifel, dieses Mittel zu bedürfen, weil er seine Belehrungen „für das grössere Publicum" also für Laien bestimmt hat, — nicht aber für Aerzte, „namentlich nicht für psychiatrische Collegen," deren Interesse nicht durch solchen Umfang geweckt zu werden pflegt. Dies giebt zwar weder der Titel, noch die Vorrede, — weder der Plan des Buches, noch dessen Ausführung deutlich zu erkennen: aber S. 153 ist es ausdrücklich ausgesprochen. Von diesem Gesichtspunkte aus muss also seine Schrift aufgefasst und beurtheilt werden. Sie ist offenbar in der löblichen Absicht verfasst, das grössere Publicum mit dem „Schicksale der Irren" bekannt zu machen, geläuterte Ansichten darüber zu verbreiten, die Theilnahme und das Wohlwollen für diese Gattung von Kranken anzuregen und auf die richtigen Wege zur Erleichterung, Verbesserung und Abwendung ihres traurigen Schicksals hinzuweisen. Dazu benutzt der Verf. eine Darstellung der Grundlage des Wesens und des Verlaufs der Geistesstörung: denn dies vornehmlich ist mit dem Ausdruck „Schicksal der Irren" gemeint. Die Schwierigkeiten, hierüber dem Laien sich verständlich zu machen,

haben den Verf. nicht zurückgeschreckt: überwunden hat er sie jedoch keineswegs; zuweilen scheint er sie sogar vergessen zu haben. Freilich wendet er sich ersichtlich nur an gebildete Laien und verzichtet folglich auf eine „populäre" Darstellung; aber die zahlreichen, stets in der Ursprache aus lateinischen, englischen, französischen und deutschen Schriftstellern zusammengetragenen, nicht immer in logischer Ordnung eingereiheten, poetischen, philosophischen und medicinischen Collectaneen setzen einen nicht geringen Bildungs-Grad des Lesers voraus, und selbst mit einer solchen, aber bei'm Mangel gründlicher medicinischer Vorkenntnisse, wird schon das zweite Capitel (unter der Ueberschrift: Gehirn und Seele) schwerlich gelesen werden, ohne den Leser zu verwirren oder ihn zu ermüden. — Andererseits werden ärztlich-gebildete Leser neben mancher gewiss erfreulichen Anregung zum Nachdenken doch kaum Geschmack und hinreichende Befriedigung an diesen Mittheilungen finden. Denn wie es die wohlmeinende Absicht des Verf.'s erwarten lässt, sind hier die Geistes- und Gemüthsstörungen nur oberflächlich nach ihren in die Augen fallenden psychischen Symptomen gezeichnet. Der Abschnitt „über das Wesen der Geisteskrankheit" gelangt nach vielen von *Sydenham*, *Plato*, *Spinoza*, *Folay*, *Goethe* u. s. w. entlehnten philosophischen und allegorischen Betrachtungen nur zu einer Definition, die nicht über eine unvollkommene Beschreibung hinausgeht. Das Capitel der Aetiologie greift wenig hinaus über die dem Laien begreiflichen Einflüsse. Auf die „regelmässige" Reihenfolge von Melancholie, Manie, Monomanie nnd allgemeine Paralyse im Verlaufe der Geisteskrankheit möchte doch wohl zu grosser Nachdruck gelegt sein, da idiopathische Encephalopathieen sich oft ohne voraufgegangenes melancholisches Stadium entwickeln, indem die vorhergehende Reizbarkeit nicht wohl als solches aufgestellt werden kann. Wenn der Verf. in einem „Paralelismus des gesunden und kranken Seelenlebens" überschriebenen Excurse dieselbe Reihenfolge in den natürlichen Entwicklungsphasen nachzuweisen sucht, so scheint dieser etwas gekünstelte Versuch mehr der Unterhaltung als der Belehrung dienen zu solien. Die dem Arzte schon geläufigere Unterscheidung von „Illusion und Hallucination" ist mit grosser Sorgfalt behandelt, mengt jedoch vieles Verschiedenartige durcheinander und führt der Verf. von Neuem aus *Gall's* Organenlehre und die Localisation der Seelen-Vermögen, denen er sich mit Vorliebe zuzuwenden, wenngleich darüber noch nicht mit sich zum Abschluss gekommen scheint. Was über die Behandlung der Psychosen gesagt st, bezieht sich wesentlich auf die zweckmässige psychische Diät und ist insofern ganz an seinem Orte; diese hat aber nach des Vf.'s

Meinung bei der Erkrankung der Psyche nicht allein „die Hauptrolle zu spielen" (was mit seiner ausdrücklichen Versicherung: dass diese letztere stets auf somatischer Basis beruhe und nicht selten aus fundamentaler leiblicher Krankheit hervorgehe, stark in Widerspruch steht), sondern es fliesst auch die Bemerkung ein: dass im Allgemeinen durch medicamentöse Behandlung weit mehr gesündigt, als gut gemacht worden sei. Laien möchten hierin leicht einen Warnungsruf hören, für welchen sie oft zum Nachtheil der Kranken sehr empfänglich sind. Die Abschnitte über die Physiognomik und die Schriftsprache der Irren, und der Bericht über einen Gang durch die Irrenhäuser von Paris sind — so wollen wir annehmen — Opfer, die der Verf. der Unterhaltung seines Publicums gebracht hat: nur wäre selbst für diesen Zweck eine sorgfältigere und engere Auswahl dieser unsinnigen Briefe, Gedichte und faden, zum Theil selbst unglaubwürdigen Anecdoten zu wünschen gewesen. Dagegen gehört der Abschnitt, welcher eine Anzahl von Vorurtheilen der Laien über Geisteskrankheit und Irre berichtigt, zu den besten und nützlichsten Partieen des Buches.

Bei der sorgfältigen Lectüre des letzteren sind uns übrigens noch manche Bedenken gegen einzelne Behauptungen des Vf.'s aufgestossen, z. B., dass die „Gedankenflucht" ohne Association zu Stande komme (S. 83); dass der Grössenwahn im Verlaufe jeder Seelenstörung wenigstens einmal auftrete (S. 87 u. 90), wobei vielleicht eine Verwechslung desselben mit gesteigertem Selbstgefühle zu Grunde liegt; dass die Zurechnungs-Unfähigkeit jedesmal ausgeschlossen sei, wenn während der That das Gewissen seine tadelnde Stimme abgebe (S. 96); — doch wir wollen hierauf nicht kritisch eingehen, sondern schliessen unsere Anzeige mit dem Wunsche, dass die Arbeit des Vf.'s allen Nutzen schaffe, den zu leisten er gewiss die redlichste Absicht gehabt hat. *F.*

Zur Pathologie des Hirnabscesses von Dr. *Rudolph Meyer*. Zürich, 1867. 8. 99 S.

Eine flüchtige, auf 82 fremde und 8 eigene Fälle gegründete klinische Abhandlung.

Cap. I. Pathol. Anatomie. Der Hirnabscess entsteht durch eine unscheinbar wirkende Entzündungsursache, die zuerst entzündliche Erweichung (seröse Exsudation, Maceration der Nervenelemente, Wucherung junger Zellen von der *Neuroglia* und den Gefässwandungen aus), später zur eitrigen Infiltration führt, die bald

zum Abscess wird. Dieser kann nun tödten, sich weiter ausbreiten oder abkapseln. Die Bedingungen der Abkapselung sind noch unbekannt, ihr Beginn kann schon in die siebente Woche fallen. Der Inhalt des Abscesses (Eiterzellen mit oder ohne Fettmetamorphose, Kerne, moleculärer Detritus, Haematoidinkrystalle) ist gelblichgrün, zuweilen von foetidem Geruch. Hirnabscesse können einfach oder mehrfach vorkommen, von Stecknadelkopfgrösse bis zur Vereiterung ganzer Hemisphären betragen und in allen Hirntheilen sich finden. Benachbarte Abscesse können miteinander verschmelzen; zuweilen brechen sie in die Ventrikel durch oder erreichen die Meningen und setzen dort eine acute Eiterung.

Cap. 2. Aetiologie. Hauptsächliche Ursachen sind Traumen, wenn sie capilläre Apoplexie, Hirnquetschung hegen oder Splitter der Glastafel oder Fremdkörper in's Hirn drangen; ferner Otorrhöe mit Caries des Felsenbeins, seltener chronische entzündliche Processe der Nasenschleimhaut, der Weichtheile und Knochen des Gesichts durch Fortleitung; endlich Embolie und dadurch bedingte metastatische Processe.

Cap. 3. Symptomatologie Auffallend grosse Latenz in vielen Fällen! zuweilen erst Erscheinungen, wenn Anämie, Oedem in der Umgebung gehegt werden, oder der Heerd in eine Höhle durchbricht. Am häufigsten ist im Beginn des Leidens Kopfschmerz, bei traumatischer Ursache dann von der Stelle des *Trauma* ausgehend; zuweilen auch Beginn mit Fieberbewegungen, Schwindel, Erbrechen, Convulsionen, Paresen. Selten Delirien; Unruhe, mürrisches Wesen kommt oft vor, aber ausgesprochene Geistesstörung äusserst selten.

Der Verlauf ist ein acuter oder chronischer. Im ersten Fall Dauer einige Wochen, im letzteren einige Monate bis 20 Jahre. Man kann dann 3 Stadien unterscheiden a) ein entzündliches Initialstadium; b) die Periode der Latenz, in der zuweilen nur Kopfweh sich findet; sie kann Monate bis Jahre dauern; c) das Stadium der finalen Erscheinungen (Durchbruch des Heerdes, Congestionen, Oedeme, die er endlich hervorruft, mit dadurch gehegten Convulsionen, Lähmungen, Sopor, Tod), das durchschnittlich 4 Wochen beträgt.

Cap. 4. Diagnostik. Pathognomonische Symptome des Hirnabscesses. Seine Latenz, die oft lange Dauer, die Verschiedenheit, das klin Bild, je nach dem Sitz des Heerds, erschweren die Diagnose ungemein. Verwachsungen mit Typhus, Intermittens, Epilepsie können im Anfang vorkommen, später sind es die Processe des *Hydrocephalus*, der Embolie, Apoplexie, der chronischen *Encephalitis* und besonders Hirntumoren, die ähnliche Krankheitsbilder liefern und diagnostische Schwierigkeiten machen, welche Verf. durch Aufstel-

lung differentiell-diagnostischer Momente zu heben versucht. Acht eigene Fälle von Hirnabscess und die Angabe der Literatur schliessen die lesenswerthe Abhandlung. Dr. v. *Krafft*.

H. Werner (Pastor), Irresein und Besessensein. Bonn, 1867. 8. VI und 34 S.

Je seltener es geschieht, dass ein Theologe an unsere specielle Fachwissenschaft mit anthropologischem Verständniss herantritt, mit um so grösserer Genugthuung müssen wir eine Arbeit begrüssen, welche, wie die vorliegende, gesunde wissenschaftlich begründete Anschauungen in einer dem Missverständnisse des Laien und Theologen vor vielen Anderen ausgesetzten Frage zu vertreten und zu verbreiten bemüht ist.

Der Verfasser, früher Geistlicher an der Irrenheilanstalt Siegburg, bezeichnet seine Schrift selbst als eine Handreichung der Psychiatrie an die Theologie und erscheint zu solcher Aufgabe sowohl durch seine practische Erfahrung, als durch gründliche anthropologische Bildung besonders befähigt. Die klare Erkenntniss der Gefahr, welche von Seiten der in unrichtiger Auffassung der Geistesstörungen befangenen Seelsorger (man denke vor allen an die in neuerer Zeit in weiten Kreisen bekannt gewordenen Anschauungen und Kuren des Pfarrers *Blumhardt* in Würtemberg an angeblich Besessenen) den Geisteskranken droht, hat ihn bewogen, die zunächst für gebildete Laien im Wupperthale gehaltene Vorlesung als wissenschaftliche Abhandlung auszuarbeiten und einem grösseren Publicum zugänglich zu machen. Und wenn man weiss, dass selbst von academischen Cathedern herab noch die Identität von Irrsein und Besessensein der theologischen Jugend gelehrt wird, und sich der vielfachen und eingewurzelten Vorurtheile erinnert, denen man in der Auffassung der Geisteskrankheiten unter der gebildeten Welt zu begegnen gewohnt ist, so können wir Irrenärzte diesen Versuch an der Hand psychiatrischer Erklärung und in allgemein verständlicher Fassung über dieses anscheinend dunkle Gebiet das Licht der Wissenschaft zu verbreiten, nur bestens willkommen heissen.

Der Verfasser bespricht als Theologe zunächst die im Neuen Testament uns überlieferten Berichte über Besessene, und wenn er auch zugesteht, dass der Charakter der dort geschilderten Besessenheit, Angesichts der vielfach analogen Krankheitsbilder bestimmter Irren, für sich allein keineswegs zu der Annahme zwinge, dieselbe mit übernatürlichen Mächten in Verbindung zu bringen, so hält er

sich doch durch die unbedingte Autorität Christi zu dem Ausspruche genöthigt, dass das Neue Testament Besessene im objectiven Sinne des Wortes kenne und glaubt, dass das Auftreten wirklicher Dämonischer zu Christi und in der unmittelbar auf ihn folgenden Zeit mit zu der vielfach singulären, wundererfüllten Beschaffenheit des ersten christlichen Zeitalters gehöre. Will er danach die Möglichkeit realer Besessenheit auch in späteren Jahrhunderten bis auf unsere Zeit a priori nicht läugnen, so fragt er doch, wie weit wir genöthigt sind, auch das wirkliche Vorkommen von Besessenheit zuzugestehen, und beantwortet diese Frage, ausgehend von dem Grundsatze, so lange noch irgend eine andere Erklärung derartiger Phänomene möglich sei, jener Hypothese im concreten Falle keinen Raum zu geben, entschieden dahin, dass es (abgesehen von den ersten Zeiten der christlichen Kirche) wohl subjective, aber keine objective Besessenheit gegeben habe und gebe, und dass bei den Seelenstörungen, welche als Besessenheit jetzt gelten, eine rationelle Erklärung vollständig genüge, ohne auf dämonische Mächte recurriren zu müssen. Nachdem der Verfasser als die Hauptmerkmale angeblicher Besessenheit eine anscheinend übernatürliche Befähigung des Könnens und Wissens, Widerwillen und Hass gegen religiöse Dinge und dem Wahn, in der Gewalt dämonischer Mächte sich zu befinden, bezeichnet hat, weist er im Einzelnen nach, wie diese Merkmale sich physiologisch und psychologisch aus den Gefühlen und Vorstellungen der Kranken erklären lassen und zeigt sich dieser Aufgabe sowohl durch eine umfassende literarische Kenntniss der Dämonomanie als durch eine richtige Anwendung der in der Psychiatrie anerkannten physio - psychologischen Fundamental - Anschauungen und Gesetze durchaus gewachsen.

Es würde die Grenzen dieser Anzeige überschreiten, näher auf diese Beweisführung, der vom irrenärztlichen Standpunkte kaum etwas hinzuzusetzen sein dürfte, einzugehen; es möge genügen, zu bemerken, dass die Gesetze der Causalität und des Contrastes, der Einfluss der Sinnestäuschungen, besonders auch des Gemeingefühls, die Bedeutung der Hysterie, der durch Eitelkeit angeregten Einbildungskraft, der Nachahmungssucht und der Consequenz des Wahns, die Aetiologie und die Heilmethode der Dämonomanie in gelungener und schlagender Weise für die Erklärung des psychischen Krankheitsprocesses benutzt werden. Nur das wollen wir noch hervorheben, dass der Verfasser nicht unterlässt, eine strenge vernichtende Kritik an die Beobachtungsgaben, die Kenntnisse und Stimmungen der Gesunden zu legen, welche (wie *Kerner* und *Blumhardt*) in Folge

eigenen Sehens und Hörens in den Dämonenspuk eingestimmt haben.

Als dankenswerth müssen wir noch erwähnen, dass der Verfasser sich mit Recht berufen fühlt, der von gewisser theologischer Seite noch immer als sittlich berechtigt und geboten dargestellten Nothwendigkeit der Accommodation und Nothlüge gegenüber den Irren auf das entschiedenste auf Grund der psychiatrischen Erfahrung entgegen zu treten.

Hoffen wir denn, dass die kleine Schrift ihren Zweck erreichen und dem Satze, mit dem der Verfasser schliesst, „Irrsein ist nicht Besessensein, aber Besessensein ist Irrsein" eine recht verbreitete Beachtung und Anerkennung in den Kreisen, für die sie bestimmt ist, zu Theil werden möge! — *N.*

Italiens Irrenwesen aus dem laufenden Jahrzehnt. Dargestellt von Dr. *Joh. Bapt. Ullersperger*. Würzburg, 1867. 83 S. gr. 8.

Je weniger die literarischen Erzeugnisse Italiens bei uns durch den Buchhandel Verbreitung finden, — selbst gesucht sind sie schwer zu erlangen, — desto dankbarer ist es anzuerkennen, wenn wir durch einen Kundigen, dem jene zugänglicher sind, von den Bestrebungen und Leistungen unserer transalpinischen Spital-Collegen in Kenntniss gesetzt und auf das Hervorragende in denselben aufmerksam gemacht werden. Die vor uns liegende kleine Schrift, gewidmet dem verdienten Director der Mailänder Senavra, Dr. *Castiglione*, berichtet über dasjenige, was in jenem Bereiche während des letzten Jahrzehntes erstrebt und erzielt worden ist: in Bezug auf Benutzung der Anatomie und Psysiologie für den Um- und Ausbau der Psychologie, in Bezug auf Pathologie der Psychosen, auf das eigentliche und gesammte Irrenwesen (Asyle, Irren-Aerzte, Statistik, Unterricht), auf forensische psychische Medicin und auf die Untersuchungen über Cretinismus. Bedenkt man, dass bis vor Kurzem die in diesen verschiedenen Beziehungen thätigen Kräfte noch sehr isolirt wirken mussten, ja, dass noch jetzt eine engere Vereinigung derselben erst in Aussicht steht, so wird man durch das, was geschehen ist, mit hoher Achtung erfüllt werden — Im Ganzen schliessen sich die Bestrebungen der italienischen Psychiatrik nach Richtung, gegenseitiger Anregung und Nutzung des Erworbenen wesentlich der französischen an, wie dies zu erwarten ist in Folge der Verbindung durch Stammes- und Sprach-Verwandtschaft, Communication u. s. w. Da-

nach scheint, als blickte man dabei jenseits der Alpen nicht minder sorgfältig auf das, was in anderen ferneren Gebieten, namentlich in Deutschland, Holland und England für unsere Disciplin geschieht, eifriger selbst, als dies wenigstens auf unserer Seite der Fall ist und — ich wiederhole es — der Fall sein kann. Auch das wird hoffentlich anders werden, sofern die neue Glanzperiode, welche nach dem Zeugnisse des Verf.'s in Italien für das Irrenwesen angebrochen ist, Bestand gewinnt, und das auch dort sich regende Verlangen nach Vereinigung und fester Verbrüderung und die sich entwickelnde Pflege der Journalistik für Psychologie und Psychiatrik ihre Früchte tragen werden. Hier begnügen wir uns auf eine Schrift aufmerksam gemacht zu haben, die in gedrängter Kürze zeigt, in welcher Weise während der letzten Jahre eine bedeutende Anzahl strebsamer und tüchtiger Aerzte, unter welchen wir nur die Namen eines *Lussana*, *Miraglia*, *Cesare Lombroso*, *Verga* und *Castiglione* hervorheben wollen, für die Vervollkommnung der Psychiatrie thätig gewesen, zu welchen Ergebnissen sie gelangt und wo sie dieselben, um sie zum Gemeingut zu machen, niedergelegt haben. Dabei darf nicht unerwähnt bleiben, dass der Verf. besonders zwei Richtungen bezeichnet, in welchen unsere italienischen Fachgenossen einen, der rühmenden Anerkennung würdigen Eifer bezeigt haben: es ist die Verwerthung der Elektricität für die Heilung der Psychosen und die Entwickelung der psychisch-moralischen Behandlung. Die letztere fand der Verf. so vorherrschend und verbreitet, und es häufen sich nach seinen Beobachtungen die Verbesserungen und Vervollkommnungen in der Art, dass seiner Meinung nach „Italien in Bezug auf Irren-Heilpflege gegenwärtig wohl allen Ländern der Erde vorgehen möchte." *F.*

Quelques considérations sur le vertige épileptique. Par *L. Billoux*. Thèse de Strassbourg, 1867. 41 S.

Verf., der seine Erfahrungen in der Abtheilung der Epileptischen der Salpêtrière gemacht hat, giebt eine Abhandlung über die *Vertigo epileptica*, die er als momentanen, meist plötzlichen Verlust des Bewusstseins und der Sensibilität definirt. Er unterscheidet 3 Varietäten oder auch Grade dieses Schwindels:

a) Einfache momentane Lücken im Bewusstsein (*absences*); sie treten plötzlich ein und kündigen sich höchst selten durch eine *Aura* an. Auf einen einfachen momentanen Verlust des Bewusstseins beschränkt sich der Anfall; überhaupt ist Verlust des

Bewusstseins das Wichtigste Kennzeichen epileptischer Insulte Das geistige Leben wird durch diese Varietät viel weniger gefährdet als durch die anderen.

b) Die Vertigo ohne Convulsionen dauert länger als a. und hat als charakteristische Zeichen den Verlust des Bewusstseins, Hinstürzen, Blässe der Haut, physiognomischen Ausdruck eines tiefen Schreckens und starren Blick. Mit dem Eintritt des Anfalls stösst der Kranke häufig einen Schrei aus; ehe er fällt, macht der Körper nicht selten einige rotatorische Bewegungen um seine Axe. Bei Manchen kommt der Anfall nicht plötzlich, so dass sie sich noch legen oder um Hülfe rufen können. Das Stürzen braucht nicht einzutreten; der Kranke kann auch, so lange der Anfall dauert, „wie vom Blitz getroffen“ stehen bleiben. Solche *Vertigo*-Zufälle gehen oft Jahre lang der Convulsion vorher, ohne aber je ihre eigene Form zu ändern, ebenso können sie allmählig die convulsiven Anfälle verdrängen.

c) Die convulsive *Vertigo*: die vorige mit convulsiven Bewegungen einzelner Muskelgruppen, z. B. der Augenlider, der Augenmuskeln, der Gesichtsmuskeln, wodurch eigenthümliche grimaçirende Bewegungen anfallsweise zu Stande kommen. Hierher gehören auch Anfälle, bei denen plötzliche convulsivische Bewegungen der oberen Extremitäten, gleich elektrischen Entladungen, beobachtet werden, Rückwärtsbeugungen des Kopfs, der Schultern u. s. w. Solche (Secousses) Anfalle können die Krankheit allein ausmachen; Aurägefühle, besonders sensitive, sind nicht selten; sie können ebensogut von den Extremitäten, als dem *Epigastrium* ausgehen, zuweilen auch von inneren Organen (*A. visceralis*). Zuweilen findet sich auch ein freiwilliger Harnabgang im Anfall, wo dann der Urin fast immer Albumin enthalten soll. Zuweilen findet sich auch *Aura intellectualis*, indem dieselbe Vorstellung oder Hallucination jeweils mit dem Ausbruch des Anfalls wiederkehrt, deren Inhalt dann mit der Ursache des Leidens zusammenhängt. Stupor, Verstimmung, Reizbarkeit, Zufälle transitorischer Wuth und Gewaltthätigkeit, schreckhafte Hallucinationen, maniakalische Exaltation folgen nicht selten auf die *Vertigo*-Anfälle. In der Zwischenzeit ist grosse Reizbarkeit, oft düsteres Wesen, *Taed vitae*, Gedächtnisstörungen, Störungen der Apperception, des Vorstellungsflusses etc., die die psychische Freiheit erheblich beeinträchtigen.

Diagnose der epileptischen *Vertigo* wird oft mit der hysterischen verwechselt. Der letzteren fehlt das völlig aufgehobene Bewusstsein, der schreckhafte physiognomische Ausdruck, der plötzliche Ausbruch des Anfalls der epileptischen *Vertigo*.

Congestive epilepti- und apoplectiforme Anfälle werden nicht

verwechselt, wenn man bedenkt, dass sie nicht plötzlich quasi elektrisch auftreten, wie die *V. e.*, sich langsam lösen, das Bewusstsein nicht ganz aufheben und partielle Convulsionen oder Hemiplegie öfters hinterlassen.

Prognostisch und pathologisch-anatomisch liefert Verf. nichts Neues; therapeutisch empfiehlt er nach Aufzählung der gebräuchlichen und wenig wirksamen Medicamente 2–5 Minuten dauernde Nacken- und Rückgrats-Douchen bis zu lebhafter Röthung der Haut mit vorausgehender und folgender nasser Abreibung des Körpers, womit die Anfälle sehr häufig beseitigt worden sein sollen.

Dr. *v. Krafft.*

Bendorf-Sayn, Asyl für Gehirn- und Nervenkranke. Von Dr. *C. M. Brosius*. Berlin (Hirschwald), 1867. 32 S.

Ein mit wohlthuender Offenheit, aller Reclame fernstehender, wissenschaftlicher Bericht über die 10jährige Wirksamkeit des vom Verf. gegründeten und geleiteten, in reizender Gegend bei Coblenz gelegenen Asyls, das sich einer steigenden Frequenz erfreut.

Aufgenommen wurden im Decennium 159 Kranke, darunter 78 Heilbare. Geheilt wurden 42 (54 pCt.), also 26,5 pCt. der Gesammtzahl. Die Kurzeit betrug bei ihnen durchschnittlich 6½ Monat. Unter den 42 Geheilten kamen 8 Rückfälle (19 pCt.) vor. Es starben 14 Kranke (10 pCt. der Gesammtzahl), darunter 10 Paralyker. Selbstmord ereignete sich nicht in der Anstalt.

Unter den Kurmitteln stellt Verf. ein gutes Asyl mit möglichst familialem Charakter, möglichster Freiheit der Kranken in erste Linie; dabei Ruhe, frische Luft, liberale Diät wegen der so vielfach mit Psychosen einhergehenden Anämie. Wenig Indicationen findet Verf. für Medicamente, die *Narcotica* sind nur Palliativa, vom Opium und Morphium hat er keine Heilwirkung gesehen, wohl aber guten Erfolg von Wein und kräftigem Bier, das oft hypnotisch wirkte. Eine verdiente Würdigung finden laue Bäder. Die eingehend besprochene psychische Behandlung ist sehr wichtig und muss streng individualisirend sein. Ablenkung, Beschäftigung, Zerstreuung sind dabei von grosser Bedeutung.

K. E.

Anstaltsberichte.

Die Irrenanstalt zu Melbourne.

(Mit einem Grundrisse.)

Die Colonie „Victoria“ trennte sich im Jahre 1851 von der grösseren Colonie New South Wales und übernahm damals die Irrenanstalt „Yarra Bead“, bestehend aus Baulichkeiten, berechnet zur Aufnahme von etwa 70 Patienten. Die Gebäude hatten alle vollständig den Charakter eines Gefängnisses. — Mit der Entdeckung der Goldfelder strömten dessen Colonie Massen von Einwanderern zu und es stellte sich die Nothwendigkeit der Vergrösserung der Anstalt sofort heraus. Es war aber unmöglich, augenblicklich eine grössere ordentliche Anstalt zu erbauen, und so wurden denn temporär fortwährend Anbauten an die alte Anstalt (zum grossen Theil in leichten Bretterhütten bestehend) gemacht, bis dieselbe gegenwärtig ca. 1,050 Patienten beherbergt, und ausserdem noch gesondert von derselben 2 sogenannte Empfangshäuser hat, in denen ca. 180 Patienten sich befinden.

Schon im Jahre 1856 wurde eine Commission eingesetzt, um die Erbauung einer grösseren Anstalt zu bewirken; die Arbeit derselben blieb erfolglos, indem dieselbe auf unerwarteten Widerstand im Parlamente stiess. Einer anderen Commission im Jahre 1858 erging es nicht besser, und erst einer dritten Commission im Jahre 1863 und 64 war es vorbehalten, mit den Projecten zum Neubau durchzudringen.

Die Colonie hatte inzwischen sich zu einer Einwohnerzahl von 650,000 emporgearbeitet, und daher fand es die Commission gerathen, auf die Erbauung mehrerer Anstalten zu dringen. Es wurde demnach beschlossen, dass vorläufig 3 Anstalten zu erbauen seien, eine in der Nähe von Melbourne (deren Plan hier vorliegt), eine im Osten der Colonie in Beechworth und die andere im Westen in Ararat. Keine der Anstalten sollte auf mehr als 500—600 Patienten berechnet sein, und zwar sollten die beiden letzteren vorläufig nicht

mehr wie 250 Patienten fassen. Mit den beiden kleineren Anstalten wurde sofort der Anfang gemacht und sind sie gegenwärtig so weit fertig, dass mit Beginn des neuen Jahres dieselben werden bezogen werden können. Die Anstalt in Melbourne soll nunmehr auch in Angriff genommen werden und wird erwartet, dass der Bau derselben in etwa 3 Jahren beendigt sein wird.

Die Pläne zu allen 3 Anstalten sind im „Public Works Department" von Herrn Baumeister *Kawerau* entworfen. Sie sind im Wesentlichen den besten englischen Mustern nachgebildet, mit besonderer Berücksichtigung der klimatischen und localen Verhältnisse der Colonie, und sind in der That das Resultat der gemeinsamen Arbeit des ersten dirigirenden Irrenarztes *E. Paley* Esq. und des Architekten.

Der beigefügte Plan zeigt die nun im Bau begriffene Anstalt bei Melbourne, über den uns von Herrn Baumeister *Kawerau* die folgenden Notizen gegeben worden sind.

Die Anstalt ist auf 540 Patienten, und zwar 318 männliche und 222 weibliche berechnet und soll als Heil- und Pflege-Anstalt benutzt werden, da von den dortigen Irrenärzten das System der getrennten Anstalten nicht anerkannt wird.

Die Baulichkeiten sämmtlich erhalten Steinfundamente, Ziegelmauern, von aussen mit Cement geputzt, und werden mit Schiefer gedeckt.

Für die Anstalt ist ein Areal von 340 Acres (engl., 1 Acre = 1,5849 Preuss. Morgen) seitens der Regierung hergegeben, in dem die Baulichkeiten in unmittelbarer Nähe des Flusses Yarra Yara, ungefähr 180 Fuss über demselben, errichtet werden.

Die Hauptfront des Gebäudes ist nach Südwest gerichtet, und der Grund fällt allmählig nach Nordost. — Von allen Theilen des Gebäudes ist die Aussicht eine angenehme, theils über die Stadt, die Vorstädte und den Hafen, theils über das Landgebiet, in der Ferne begrenzt durch bewaldete Höhenzüge.

Die Höhe der Lage bringt die Anstalt in den Bereich der kühlen Seewinde, ohne sie jedoch den kalten Südstürmen auszusetzen, gegen welche sie durch einen höher gelegenen Theil eines angrenzenden Parkes geschützt ist, während ein Theil des eigenen Areals die Kraft und den Einfluss der heissen Nordwinde bricht.

Der Boden rings um das Gebäude ist in jeder Hinsicht passend zum Acker- und Gartenbau, und einzelne Theile des Landes sind sehr passend für Weinbau etc. zu verwenden.

Die Anstalt, auf dem jetzigen Wege etwa 5½ engl. Meilen vom Mittelpunkte der Stadt entfernt, ist leicht erreichbar auf einer Eisenbahn, die bis zur Eröffnung der Anstalt bis auf 1 englische Meile

von derselben befahren werden kann. Andererseits ist auch die obige Distanz bedeutend durch die Errichtung einer neuen Brücke über die Yarra Yara abgekürzt, mittelst deren man die Anstalt auf guter Strasse in ¼ Stunde von Melbourne aus erreichen kann.

Die Anstalt ist durch das Administrationsgebäude in der Mitte der Fronte, und dahinter durch ein langes Gebäude, welches den Speisesaal, Küche, Magazine etc. enthält, in 2 Hauptabtheilungen getheilt, deren eine für männliche, die andere für weibliche Kranke bestimmt ist.

Jede dieser Abtheilungen besteht wieder aus einer Zahl von Unterabtheilungen, deren jede einen separaten Eingang von dem gedeckten Verbindungsgange hat, der alle Baulichkeiten verbindet.

Alle Gebäudetheile, in denen Patienten wohnen, sind nur 2 Stockwerk hoch, doch sind Vorkehrungen getroffen, im Nothfalle einen Theil des Dachraumes zu Schlafsälen einzurichten.

Der Fall des Grundes nach Nordost macht es nothwendig, dass derselbe terrassirt wird, und obgleich dadurch die verschiedenen Unterabtheilungen der Anstalt nothgedrungen auf verschiedener Höhe stehen, so sind doch in jedem Falle alle Räumlichkeiten derselben Unterabtheilung auf demselben Niveau.

Die Anstalt enthält 10 Abtheilungen für männliche und 8 Abtheilungen für weibliche Patienten, die Räumlichkeiten für somatische Kranke nicht mit eingerechnet.

Die meisten dieser Unterabtheilungen sind für ca. 32 Patienten berechnet, die für Sieche und Unruhige aber sind kleiner.

Die Zahl der Schlafzimmer, nur für einen Patienten durch die ganze Anstalt, beträgt 242, so dass etwas weniger als die Hälfte aller Patienten in denselben zu placiren sind. Dieselben sind jedoch so vertheilt, dass in den Abtheilungen für Ruhige und Reconvalescenten weniger, in den Abtheilungen für Unreinliche und Unruhige dagegen mehr sich befinden.

Alle die Einzel-Schlafzimmer in den Abtheilungen für Sieche und epileptische Kranke sind theils mit einer glatten Bretterverkleidung versehen, theils vollständig glatt mit Cement geputzt. In allen anderen Abtheilungen, mit Ausnahme der für Reconvalescenten, sind 2 der Einzel-Schlafzimmer ebenfalls mit Brettern verkleidet, statt der Einrichtung gepolsterter Zimmer, von denen letzteren gar kein Gebrauch gemacht worden, indem nach Ansicht und Erfahrung der dortigen Aerzte die mit Brettern verkleideten Räume fast alle die Vortheile der gepolsterten gewähren, während sie alle Mängel derselben vermeiden. Diese Bretterverkleidung besteht aus 1½ Zoll starken perpendiculär angenagelten Brettern, die rund um das

Zimmer eine vollständig glatte Fläche herstellen, 8 Fuss hoch und am oberen Ende mit einer steil abgeschrägten Leiste an der Mauer befestigt sind.

Was nun die Einrichtung der verschiedenen Unterabtheilungen betrifft, so wird es von dem Plane ersichtlich sein, dass eine jede derselben einen 14 Fuss breiten Corridor oder Gallerie, einen Wohnsaal, eine Zahl von Einzel-, sowie mehrere gemeinschaftliche Schlafzimmer, ein Badezimmer, zwei Wärterstuben, eine Wärter-Aufwaschküche nebst einem Aufbewahrungsraum und zwei Erdclosets hat. Jedes der Einzel-Schlafzimmer hat 1,000 Cub.-Fuss Luft, die gemeinschaftlichen Schlafzimmer geben 900—930 Cub.-Fuss für jedes Bett, und in den Wohnsälen, zu denen auch die Gallerieen gerechnet sind, sind 650—900 Cub.-Fuss für jeden Patienten gegeben.

In den Hospitälern oder Abtheilungen für somatische Kranke ist Raum für je 20 Patienten jeder Hauptabtheilung geboten, nämlich 2 Krankenzimmer für je 6 Kranke und 8 Stuben für einige liegende Patienten; in diesen ist 1,150 Cub.-Fuss, in jenen 1,200 für jeden Patienten berechnet. Jede Etage dieser Hospitäler hat 1 Badezimmer, Wärterzimmer, Wärterküche, Closets und was sonst für Krankenhäuser erforderlich. Diese Abtheilungen liegen in unmittelbarer Nähe der Wohnungen für die Assistenzärzte, unter deren specieller Controle sie stehen, und grenzen an die Abtheilungen für Sieche und Epileptische.

Das Administrationsgebäude enthält zu ebener Erde die verschiedenen Büreau's des Directors und seiner Beamten, ein Conferenzzimmer für die Regierungs-Commissarien, die Apotheke nebst einem Zimmer für die Aerzte, Empfangs- und Besuchszimmer, deren jedes mit einem Badezimmer in Verbindung ist, während der obere Theil des Gebäudes zu zwei Wohnungen der Assistenzärzte eingerichtet ist.

Das die beiden Hauptabtheilungen trennende Gebäude unmittelbar hinter dem Administrationsgebäude enthält einen grossen Speisesaal, in dem 360 Patienten beiderlei Geschlechts zu Mittag gespeist werden können. Dieser Saal soll ebenfalls als Concert- und Tanzsaal benutzt werden. An ihn schliessen sich an einer Seite separate Lesezimmer für Kranke beiderlei Geschlechts, und über denselben ein Billardzimmer mit Zugang von der Männerabtheilung. An der anderen Seite des Saals liegt das Anrichtezimmer, die Küche mit den dazu gehörenden Räumlichkeiten, woran dann wieder die verschiedenen zu Magazinen bestimmten Localitäten sich reihen. — Das Anrichtezimmer neben dem Speisesaal bildet das Erdgeschoss eines Thurmes, in dessen Keller der Dampfkessel zum Betriebe der Küche,

sowie ein Wasserheizungsapparat, aufgestellt werden, welcher letztere durch Circulation das Wasser in einem Reservoir auf der Höhe des Thurmes heizen soll, von welchem aus heisses Wasser durch Gravitation nach allen bewohnten Theilen der Anstalt geliefert werden soll.

Die Senkung des Grundes nach der Nordostseite der Anstalt erleichtert die Anlage eines geräumigen Kellers unter dem Magazingebäude, zur Aufbewahrung von Provisionen. Ueber dem Magazine ist die Wohnung der Oberwärterin, und die Nähstuben und Vorrathsräume für Wäsche, über welche Räume die Oberwärterin speciell die Aufsicht hat. — Diese Räumlichkeiten haben nur Verbindung mit der Frauenseite der Anstalt.

An dem unteren und äussersten Ende des zurücktretenden Flügels der Frauenabtheilung befindet sich die Waschanstalt, welche fast ausschliesslich von weiblichen Patienten, unter Aufsicht von dazu angestellten Aufseherinnen und Wärterinnen, besorgt wird. Dieselbe ist, wenngleich unmittelbar an die bewohnten Unterabtheilungen grenzend, durch eine Mauer von denselben getrennt, und enthält die folgenden Räumlichkeiten: das Annahmezimmer für die zu waschende Wäsche, welche von dem bedeckten Verbindungsgange aus durch eigens dazu eingerichtete Schiebefenster eingeliefert wird, so dass kein Wärter oder Patient der Männerabtheilung die Waschanstalt zu betreten hat, — ferner das Sortirzimmer, Räume zum Einwaschen und Durchkochen der Wäsche, das eigentliche Waschhaus nebst Trockenraum, Maschinenhaus mit Kesselraum etc. und angrenzender Werkstelle des Maschinisten, — ferner die Mangel- und Plättstuben, mit der zur Ausgabe der fertigen Wäsche bestimmten Stube, von welcher die Ausgabe ebenfalls durch eigene Fenster nach dem bedeckten Verbindungsgange besorgt wird. Neben den oben genannten Räumlichkeiten ist auch noch ein Zimmer zum Ausbessern der Wäsche und ein Esszimmer für die in dem Waschhause beschäftigten Patienten eingerichtet, um deren Verbleiben während des ganzen Tages in der Waschanstalt zu ermöglichen und so grosse Unterbrechungen der Arbeit zu vermeiden. — Der Hof der Waschanstalt soll mit Blumen und Sträuchern gartenartig bepflanzt werden.

Zur Betreibung der Centrifugaltrockenmaschine ist eine Dampfmaschine bestimmt, deren Kessel auch den nöthigen Dampf für die Büh- und Waschfässer zur Heizung des Wassers liefern wird, und da diese Maschine auch noch benutzt werden soll zur Betreibung der Pumpen und anderen Maschinerieen, und dieselbe direct unter Aufsicht des Maschinisten der Anstalt stehen muss, so ist die

Werkstelle desselben unmittelbar neben dem Maschinenhause placirt, obgleich dasselbe auf der Frauenseite sich befindet.

Diese Maschine soll auch ausser der Treckenmaschine Waschmaschinen treiben, die für den Fall, dass zeitweise nicht hinlängliche weibliche Arbeitskräfte unter den Patienten zu finden sind, den sonst von diesen geleisteten Dienst versehen sollen.

In verschiedenen Irrenanstalten ist es anstössig gefunden worden, die beschmutzte Wäsche von unreinlichen Kranken in der allgemeinen Waschanstalt zu reinigen, weshalb für diese neue Irrenanstalt ein eigenes kleines Waschhaus erbaut wird, in welchem solche Wäsche von Patienten der respectiven Geschlechter in separaten Räumen gewaschen werden soll; dieses Gebäude liegt ganz entfernt von den bewohnten Räumen und hat getrennten Zugang für die Patienten der beiden Geschlechter.

An der niederen Seite der inneren Höfe liegen die verschiedenen Werkstätten. Die Anlage dieser Gebäude, wenngleich die Höfe einschliessend, wird in keiner Weise die Circulation der Luft, noch die freie Aussicht von denselben behindern, insofern dieselben auf einem bedeutend niedrigeren Niveau stehen und nur einstöckig sind, so dass sie von den Höhen vollständig überragt werden. — Es sind Werkstätten für Schneider, Schuhmacher, Matratzenmacher, Schmiede, Klempner, Tischler, Zimmerleute und Maler arrangirt.

Mit den Werkstätten verbunden ist auch eine Brauerei, und an dieselbe angrenzend das Spritzenhaus. Am Eingange jeder Abtheilung der Werkstellen befindet sich ein Ankleide- und Waschzimmer für den Gebrauch der in jenen beschäftigten Patienten; Zimmer für die Arbeitsaufseher und Vorarbeiter, sowie Aufbewahrungsräume zu Materialien für die verschiedenen Handwerke sind auch angelegt, wo dieselben erforderlich erschienen.

Jede der beiden Hauptabtheilungen der Anstalt hat drei separat abgeschlossene Gärten zur Promenade und zum Aufenthalt für die Patienten, von denen je einer zum speciellen Gebrauche der unruhigen und gefährlichen Kranken bestimmt ist.

Alle diese Gärten sollen parkartige Anlagen erhalten und mit offenen Gartenpavillons, Trinkfontainen oder Brunnen etc. versehen werden; — die für Unruhige und Zerstörungslustige natürlich dem Wesen der Kranken entsprechend.

Die inneren Höfe auf beiden Seiten des Speisesaales sollen ebenfalls mit Blumen und Gesträuch ausgelegt werden und sind terrassirt mit dem natürlichen Falle des Grundes.

Alle diese Höfe und Gärten sind nach aussen hin durch eine versenkte Mauer eingeschlossen, deren Krone nicht mehr wie 3 Fuss

über dem Niveau der inneren Gärten und Höfe sich befindet, und somit weder ein Hinderniss für die Aussicht von denselben, noch für die frische Luft in ihnen bietet, und doch, da die Mauer vom Boden der Versenkung 13 Fuss hoch ist, die nöthige Sicherheit gegen das Entweichen von Patienten giebt.

Der Ballspielplatz wird ausserhalb der versenkten Mauer angelegt *).

Die Anstalt wird 2 Eingangsthore haben, deren eines neben der Pförtnerwohnung nur zu dem Haupteingange im Administrationsgebäude führt, während das andere hintere Thor zu allen Magazinen, den Werkstellen, der Küche etc. Eingang gewährt; dasselbe ist zwischen der Wohnung des Oberwärters und des Gärtners situirt.

Es ist rathsam gefunden werden, die Kirche isolirt von allen bewohnten Theilen der Anstalt zu errichten, um so den Kirchgang der Patienten mehr in Uebereinstimmung mit ihren früheren Gewohnheiten zu bringen, — und daher ist die Kirche, welche abwechselnd von Protestanten und Katholiken benutzt werden soll, ganz ausserhalb der versenkten Mauer placirt, auf einer leichten Erhöhung des Grundes gerade gegenüber dem hinteren Eingangsthore.

Es war die Absicht, die Wohnung des Directors der Anstalt in der Mitte der Front auszuführen, doch ist kürzlich eine Aenderung vorgenommen, indem ein höher gelegener Platz an der Südostseite dazu gewählt werden. Die Wohnung wird bestehen aus einem Büreau- oder Studirzimmer, 3 Wohn- und 4 Schlafzimmern mit Ankleidezimmern, Küche, Speisekammern und Vorrathsräumen und allen sonstigen zu einer guten Wohnung gehörigen Räumlichkeiten; auch wird dieselbe mit Hofraum, Stallungen etc. versehen werden, sowie von einem Garten umgeben sein.

An der östlichen Ecke der Anstalt sind 2 Wohnungen für die Nachtwärter, vollständig getrennt von allen anderen Baulichkeiten, angelegt; und zwar ist deren Position so gewählt, damit während des Tages — der Schlafzeit dieser Wärter — der Betrieb der Anstalt in keiner Weise denselben störend sein kann.

Der Oekonom und andere der Anstalt nothwendige Beamte, deren Wohnung nicht in dem Vorhergehenden erwähnt werden, werden ihre Wohnungen in bereits auf dem Areal der Anstalt, in geringer Entfernung von dem hinteren Eingange, befindlichen Wohnhäusern erhalten.

Es bleibt nun nur noch übrig, einige Worte über die inneren

*) In jeder englischen Irrenanstalt wird ein „Cricketground“ für das engl. nationale Ballspiel „Cricket“ angelegt.



Einrichtungen der Anstalt zu sagen, nachdem in dem Verhergehenden eine allgemeine Beschreibung der Baulichkeiten gegeben worden.

Ventilation. Vermöge der geringen Tiefe der Gebäude und der Anordnung der Fenster und resp. Thüren kann in jedem Theile der Anstalt durch Oeffnen der Fenster ein freier Durchzug der Luft ohne die geringste Mühe hergestellt werden. Für diesen Zweck sind auch in allen inneren Längenwänden über jeder Thüre zu den Einzelräumen Oeffnungen, mit Drahtgaze bezogen, angelegt, die in Verbindung mit den Glasjalousieen, welche in jedem Fenster in der oberen Mittelscheibe des oberen Fensterflügels eingerichtet sind, einen fortwährenden Luftwechsel herstellen, dessen Strömung aber, vermöge der Stellung der Glasstreifen, nicht die Bewohner der verschiedenen Räumlichkeiten berühren kann. In den vorspringenden gemeinsamen Schlafsälen (Pavillons) ist directe Ventilation durch gegenüberliegende Fenster hergestellt. Alle Räumlichkeiten, die vermöge ihrer Lage nicht in obiger Weise ventilirt werden können, sollen Diaphram-Ventilatoren erhalten, und für alle Closets etc., die durch Oberlichter erleuchtet werden, ist die Ventilation, vermöge der Lichtkasten zwischen den Closets und den Oberlichtern, durch letztere hergestellt.

Abgesehen von der einfachen Ventilation durch die Fenster haben noch alle Tages- oder Wohn-Säle und Gallerien offene Camine, und alle einzelnen oder gemeinschaftlichen Schlafzimmer haben noch Schiebeventilatoren, vermöge deren man den Eintritt der frischen Luft dicht über dem Fussboden reguliren kann. Der Speisesaal ist ventilirt vermöge der in den gegenüberliegenden Längenmauern angebrachten Fenster, und die Koch- und Wasch-Anstalt ist in ähnlicher Weise durch feste Jalousiefenster in den Seitenmauern ventilirt, sowie ebenfalls der Raum unter den Dächern.

Heizungsanlagen. Das Clima von Victoria ist der Art, dass eine Heizung der gewöhnlichen Schlafsäle oder Einzel-Schlafzimmer nicht nothwendig ist, mit Ausnahme der Krankenzimmer, in welchen, sowie in den Wohnsälen und den Gallerieen, das System der offenen Camine von den Aerzten als das zweckmässigste angenommen wird. In den Unterabtheilungen für unruhige Kranke jedoch sind eine kleine Zahl von Einzelräumen mittelst in Röhren circulirenden Wassers erwärmt, um dieselben in Bereitschaft zu haben für solche Patienten, die, trotz aller Vorsorge und Vorkehrungen, dennoch sich aller Kleider und Betten entledigen. Die Temperatur in diesen Zimmern soll dadurch auf ca. 60 Grad (Fahr.) gehalten werden.

Wasseranlagen. Die Anstalt wird durch die Staatswasserkunst mit Wasser versehen. Dasselbe wird zunächst in die Haupt-

Wasserbehälter in den Thürmen jeder Hauptabtheilung geleitet, in einer solchen Höhe, dass von dort aus die Vertheilung über die Anstalt durch Gravitation leicht ermöglicht wird. In diesen Behältern ist stets hinlänglich Wasser für einen Tag zum Satze von 40 Gallonen für jeden Patienten, und wird von dort aus nach jeder Unterabtheilung etc. der Anstalt geleitet. In jeder derselben ist ein Hahn mit hinreichendem Guttapercha-Schlauch, beides unter Verschluss des Wärters angebracht, um im Falle eines Feuers benutzt zu werden. Unabhängig von den Behältern in den Thürmen sind über die ganze Anstalt verbreitet noch eine Anzahl von eisernen Reservoirs (tanks), die im Aggregat noch mindestens einen Tagesbedarf Wasser, nach obigem Maassstabe, fassen.

Eine fernere Vorkehrung zur Bewahrung von Wasser ist getroffen durch die Anlage von 6 grossen gemauerten Cisternen (tanks) in verschiedenen Theilen der Anstalt, in denen das Regenwasser von allen Schiefer- und Eisendächern mittelst steinerner Röhrleitungen angesammelt wird; diese Cisternen halten zusammen ca. 800,000 Gallonen Wasser und sollen im Falle einer Störung in der Wasserleitung zur Reserve dienen. — Der Ueberfluss des Regenwassers ist — zu landwirthschaftlichen Zwecken — nach den niederen Theilen des Anstaltlandes geleitet.

S i e l a n l a g e n. Das schmutzige Wasser von den verschiedenen Abtheilungen der Anstalt, der Küche und Waschanstalt etc. wird mittelst gemauerter Siele und gebrannter grösserer Thonröhren nach gemauerten grossen Cisternen ausserhalb der Umfassungsmauer geleitet, die in einem solchen Niveau angelegt werden, dass von ihnen aus das Wasser, nachdem es durch Filtrirbassins geleitet, zur Bewässerung der Garten- und Feldanlagen benutzt werden kann.

R e t i r a d e n. Die Anlage der Retiraden (2 zu jeder Etage jeder Unter-Abtheilung) ist mit Berücksichtigung auf die bequeme Benutzung derselben durch die Patienten getroffen, sowie mit gehöriger Vorsorge zur Vermeidung und Verbreitung aller üblen und schädlichen Gerüche, und sind dieselben mit ausreichender Ventilation versehen.

Nach sorgfältiger und gründlicher Prüfung, sowohl des Systems, als des Mechanismus, wird jedes Closet mit einem „Drapers self acting Earthcloset" (D r a p e r ' s sich selbst regulirenden Erdcloset) *) versehen.

Es bieten diese Closets alle Vortheile der Geruchlosigkeit eines

*) Die nothwendigen Schritte zur Patentirung dieser Erfindung Preussen sind bereits eingeleitet.



Waterclosets und vermeiden alle die mit diesen verbundenen Uebelstände. sind sehr viel billiger, und erhalten der Anstalt das für ihre Felder und Gärten so nothwendige Düngungsmaterial.

Auf allen Höfen und Gärten, zu denen die Patienten freien Zutritt haben, sind ebenfalls diese Erdclosets angelegt.

Erleuchtung. Die Anstalt soll durchweg mit Gas erleuchtet werden, es ist jedoch noch nicht entschieden, ob das Coalgas von einer schon bestehenden Anstalt, deren Gasometer nicht weit ab liegen, genommen werden, oder ob eine eigene Gasanlage für die Anstalt gebaut werden soll.

Thüren. Die Thüren in allen von Patienten bewohnten Theilen der Anstalt sind von gleicher Construction, die für die Wohnsäle und zu den Gallerieen 3 Fuss 6 Zoll weit, zu den gemeinschaftlichen Schlafsälen 3 Fuss und zu den einzelnen Schlafzimmern 2 Fuss 6 Zoll weit. — Gegen alle Tagesräume zeigen die Thüren die gewöhnliche Panelirung, während die nach den Schlafsälen und Zimmern gekehrte Seite vollkommen glatt ist. — Alle diese Thüren sind so angeschlagen, dass sie, nach aussen öffnend, vollständig gegen die Wand zurückgelegt werden können.

Inspections-Oeffnungen sind nicht angebracht; doch sollten in einzelnen Fällen dieselben wünschenswerth erscheinen, können sie leicht angebracht werden. In allen Abtheilungen für unruhige und tobsüchtige Kranke sind die Thüren mit einer doppelten Bretterlage verstärkt.

Alle Thüren sind durchweg mit „Monks improved silent Action Asylum locks" versehen. Diese Schlösser sind für alle Schlafsäle und Zimmer ohne Drücker und können nur von dem Wärter geöffnet werden; eine besondere Vorrichtung macht deren Oeffnen unhörbar und ersetzt dadurch die Inspections-Oeffnungen in den Thüren, eine weitere Vorrichtung macht das zufällige oder absichtliche Eingeschlossenwerden der Wärter unmöglich (an der inneren Seite der Thüre ist nämlich kein Schlüsselloch). — In allen neueren Irren-Anstalten Englands werden diese Schlösser verwendet. — Dieselben öffnen alle durch einen General-Hauptschlüssel, nur im Besitze des Directors und der Assistenzärzte, in jeder Hauptabtheilung aber durch einen Abtheilungs-Hauptschlüssel. — Der zweite Verschluss der Eingangsthüren zu den Unterabtheilungen wird nur durch den Abtheilungs-Hauptschlüssel bewirkt, wodurch nur den Aerzten, Oberwärtern und Nachtwärtern bei Nacht Zutritt zu den Unter-Abtheilungen ermöglicht ist.

Glocken. Ein System elektrischer Alarmglocken wird durch das ganze Gebäude angelegt, durch welches der Director von sei-

nem Bûreau mit allen Theilen desselben in Communication treten kann.

Fenster. Die Fenster durch das ganze Gebäude sind in Form und Erscheinung vollständig den in gewöhnlichen Wohnhäusern üblichen gleich, und bieten vermöge ihrer Construction beinahe dieselbe Sicherheit, wie mit Eisen vergitterte Fenster. — Jedes Fenster besteht aus 2 senkrecht auf- und abschiebbaren Flügeln, jeder mit 6 Fensterscheiben, die in den Wohnsälen und Gallerieen 18 Zoll hoch und 10 Zoll breit, in den Schlafräumen aber 14 Zoll hoch und 8 Zoll breit und mit ¼ Zoll dickem Spiegelglase verglast sind. Dieses Spiegelglas wird mittelst eines schmiedeeisernen Rahmens, der vollständig den Fenstersprossen entspricht und an den Rahmen des Fensterflügels festgeschraubt ist, befestigt. — Beide Fensterflüge sind so befestigt, dass dieselben nur 6 Zoll entweder hinauf- oder hinuntergeschoben werden können, was vollständig hinlänglich für den Eintritt von frischer Luft befunden worden ist, dagegen nicht genug, um unter gewöhnlichen Verhältnissen die Entweichung eines Patienten möglich zu machen. — Diese Fenster sind so stark, dass ein Patient ohne Werkzeuge oder dergleichen dieselben weder im Glase, noch in den Rahmen brechen kann.

In allen Einzel-Schlafzimmern sind die Fenster aber noch mit starken auf- und abwärts sich bewegenden Laden versehen, die nur durch den Wärter geschlossen oder geöffnet werden können, und mittelst eines eigens dazu construirten Schlosses, zu dem der Patient unmöglich kommen kann, befestigt werden. Diese Laden sind jedoch soweit durchbrochen (im oberen Flügel), dass die Ventilation des Zimmers keine Störung erleidet. — Die Fenster in allen übrigen Räumlichkeiten sind nicht mit Laden versehen.

Treppen. In allen Unterabtheilungen der Anstalt, zu denen die Patienten Zutritt haben, sind die Treppen von solidem Basalt — dem gewöhnlichen Bausteine der Colonie — mit quadratischen Podesten, so dass zwischen denselben nicht mehr als 10—11 Stufen sich befinden. Die Stufen sind auf beiden Seiten durch Mauern getragen und mit einfachen Handgeländerstangen versehen.

Fussböden. Die Fussböden der unteren Etagen sind so weit mit Erde unterfüllt, dass niemals Sammelwasser unter denselben sich finden kann, erlauben aber hinlänglich Raum zu der für die Erhaltung des Holzwerkes nothwendigen Ventilation. — In der oberen Etage ist ein doppelter Fussboden gelegt, und der Raum zwischen beiden mit einem Lehmschlage ausgefüllt, wodurch, wenngleich nicht absolute Feuersicherheit erreicht wird, die Feuersgefahr dennoch bedeutend vermindert wird. Dieser Lehmschlag verhindert gleich-

falls das Durchlecken des Wassers beim Waschen des oberen Fussbodens und vermindert die Hellhörigkeit zwischen den beiden Etagen. — In allen Badezimmern etc. sind die Fugen zwischen den Fussbodenbrettern mit Oelkitt gedichtet. — Alle Räumlichkeiten durchaus haben Portland-Cement-Fussleisten.

Badezimmer. In jeder Etage jeder Unterabtheilung ist ein Badezimmer mit Badewanne und Brausebad eingerichtet, erstere mit Zufluss von warmem und kaltem Wasser versehen, von den vorher erwähnten Reservoiren, letzteres nur für kaltes Wasser. In jedem Badezimmer sind einige Waschbecken placirt, wenngleich Vorrichtungen getroffen sind, in allen Schlafräumlichkeiten Waschtische aufzustellen, nach Art gewöhnlicher Einrichtungen, für den Gebrauch der Patienten am Morgen.

In jeder Etage jeder Unterabtheilung befindet sich in unmittelbarer Nähe des Badezimmers ein Aufwascheraum (Scullery) der Wärter, von denen, in Verbindung mit dem verbrauchten Badewasser, das schmutzige Wasser nach den oben besprochenen Sielen und Röhren geleitet wird. Die Abfallröhren sind natürlicherweise mit den nothwendigen Vorrichtungen versehen, um das Aufsteigen von üblen und schädlichen Gerüchen zu verhindern.

Wärterzimmer. In jeder Etage jeder Unterabtheilung sind 2 Wärterzimmer so placirt, dass von ihnen aus eine leichte Beaufsichtigung der Schlafsäle möglich ist, — ihre Einrichtung ist der gewöhnlicher Wohnzimmer gleich —; für jede Abtheilung ist auch ein separates Zimmer für den Gebrauch der Wärter der Abtheilung angeordnet.

Der Anschlag der ganzen Anlage, abgesehen von Mobilien und Geräthschaften, welche letztere zum grossen Theile aus der jetzt bestehenden Anstalt mitgenommen werden sollen, — war auf ca. 150,000 Pf. St. berechnet, oder 280 Pf. St. pro Kranken; durch die Verzögerung des Baues, seit die Pläne zu demselben fertig waren, und durch in der Zwischenzeit eingetretene Verhältnisse werden sich die Kosten jedoch auf mindestens 200,000 Pf. St. oder ca. 370 Pf. St. pro Kranken stellen.

Die Arbeiten wurden zunächst schon vor 2½ Jahren begonnen, wurden dann aber unterbrochen und sollen jetzt wieder in Angriff genommen werden. Sollten keine unerwarteten Hindernisse eintreten, so wird die Vollendung der Anstalt in etwa 3 Jahren erwartet.

Dieselbe wird unter der directen Leitung des gegenwärtigen ersten Irrenarztes der Anstalt „Yarra Bend" *E. Paley* Esq. stehen, unter Mitwirkung von 2 Hülfsärzten.

Nach einem erst in diesem Jahre vorgelegten neuen Gesetze

wird das ganze Irrenwesen der Colonie unter der Direction einer den englischen „Lunacy Commissioners“ ähnlichen Behörde stehen, unter denen dann ausschliesslich die Directoren der verschiedenen Anstalten wirken, während der Director der Anstalt in Melbourne gleichzeitig als Inspector der im Lande neu angelegten Anstalten zu fungiren haben wird.

Ausser den öffentlichen Anstalten besteht in der Nähe Melbourne's auch eine Privatanstalt, in der vielleicht 30 bis 40 Pensionaire verpflegt werden; dieselbe steht aber nicht unter der Leitung eines Irrenarztes, sondern vielmehr bleibt es den Angehörigen jedes Pensionairs überlassen, ihn von irgend einem Arzte behandeln zu lassen, zu dem sie Zutrauen haben. *L.*

Kleinere Mittheilungen.

Forense Psychologie. — Im Fasc. 2[do] vom Arch. ital. per le malatie nervose. 1867. S. 95 bringt *Carlo Livi*, Prof. der leg. Medicin an der Univ. von Siena, einen Aufsatz „del furto morboso o della Cleptomania. L. sagt, der krankhafte Diebstahl ist nicht selten ein Phänomen bei Geistesgestörten; der Drang, Fremdes zu nehmen, zu behalten und sich anzueignen, ist Gewohnheit der Mehrzahl derselben; Verrückte, Blödsinnige, Epileptische, überhaupt Kranke, bei denen krankhafte Instincte vorherrschen, sind ihr besonders unterworfen. Durchsucht man ihre Taschen, so ist nichts leichter, als darin Stückchen trockenen Brodes, Schalen von Früchten, Papierschnitzel, Lumpen, Knäuel, Steinchen, Nägel und andere Kleinigkeiten zu finden, die sie sorgsam bewahren und deren sie sich nur mit Mühe entäussern. Es ist dieses eine Art rudimentärer Cleptomanie, von der aus zum eigentlichen krankhaften Diebstahle nur ein Schritt ist. Der Diebstahl der Irren kann seinen Grund in Störung perceptiven, affectiven Vermögens, der Vernunft oder des Wollens haben.

1. *Fälle perceptiver Störungen.* Ein Priester mit heiterem Wahnsinne, seit Jahren in der Anstalt, der freundlichste und artigste Mann von der Welt, hält Fremdes für sein eigen, glaubt, es sei ihm gestohlen worden und sinnt darauf, sich in den rechtmässigen Besitz davon zu setzen, sei es mit Gewalt, sei es mit List. Hier ist doch sicherlich krankhafte Illusion der Beweggrund!

Ein armer Bauer hört in nächtlicher Stille eine Stimme, die ihm zuruft, „geh' in die Kirche, trage von da das Bild der Jungfrau mit Gold und Edelsteinen geschmückt und bring' es in deinem Hause in Sicherheit, denn morgen werden die Protestanten kommen, es rauben und entweihen." Er führt es aus im Glauben, einer göttlichen Stimme zu gehorchen. Unwissenheit erklärt ihn des Kir-

chenraubs schuldig, — die Wissenschaft hält ihn für ein Opfer von Gehör-Hallucination, — das Gesetz muss ihn freisprechen.

2. Störung der affectiven Fähigkeit zieht noch leichter zum Diebstahl hin, weil sie leicht Irrthum der Ueberlegung mit sich führt.

Ein Banquier, Sohn einer am Irrsinn gestorbenen Mutter, reich an Geld und Gut, lebt im vornehmen Viertel, in Mitte von Bequemlichkeit und Wohlleben, und doch klagt und jammert der Mann früh und spät, er sei ruinirt, müsse seine Tage noch im Spitale beschliessen, und Frau mit Kindern würden Hungers sterben, Alles um ihn herum gehöre nicht sein, er dürfe davon nicht einen Nadelkopf gross anrühren. Dieser Unglückliche, stets das Gespenst des Elends um sich sehend, kommt eines Tages mit einem Brodlaib unter dem Arme nach Hause, ein anderes Mal mit einem Stücke Zeug unter dem Mantel, das er in einem Laden gestohlen hatte. Er ist doch sicher Dieb aus *Phrenesia lipemanica*?

Bekanntlich hat *Baillarger* versichert, dass im Bicêtre und in der Salpêtrière häufig Kranke mit beginnender allgemeiner Lähmung aufgenommen werden, denen man vorgängig Process wegen Diebstahl gemacht hatte, und *Sauze* erzählt Fälle von Geistesgestörten, die ihr Verbrechen allgemeiner Lähmung im Zellenkerker von Marseille abbüssten.

3. Cleptomanie kann abhängen von *Monomania intellectiva*. Ein geisteskranker Juwelier glaubt, alle Juweliere der Stadt wären seine Diener, er der Herr aller Geschmeideläden, — in dem einen nimmt er eine Uhr, im anderen ein Bracelet weg. Auf der That ertappt, behauptet er, der rechtmässige Herr des Ladens zu sein, schmält über Unbotmässigkeit seiner Diener und schlägt auf sie los.

4. Ist der krankhaft afficirte Wille von einer *Mania instinctiva* beherrscht, welche automatisch den Kranken zu stehlen hinreisst, so bieten sich 2 Fälle dar: Entweder tritt die krankhafte Manie zu stehlen als Complex-Phänomen einer Phrenopathie auf, wie es bei Blödsinn, Verrücktheit und ganz speciell bei der epileptischen Verrücktheit vorkommt; — oder aber sie ist alleinstehende idiopathische Störung, welche die sogenannte instinctive Cleptomanie darstellt.

Es besteht sicher eine *Cleptomania instinctiva*, wenn auch Rechtsgelehrte und Magistrate sie in Abrede stellen wollen. Die Idee, dass Krankheit allein für sich einen Menschen zum Dieb machen könne, scheint ihnen ein Vorkommniss, das Jedem in der Gesellschaft das Recht einräumt, Schränke auszuleeren und Läden zu erbrechen. Giebt man den Aerzten und allen ihren Monomanieen Ge-

hör, sagen sie, dann sind wir in Stadt und Haus nicht mehr sicher. Mit einem ärztlichen Zeugnisse von Monomanie in der Tasche, kann jeder Schurke mit dem Leben eines Feindes, der Schönheit einer Frau, dem Gelde eines Reichen nach Belieben schalten, ohne einer anderen Ungelegenheit ausgesetzt zu sein, als der, für einige Tage in's Narrenhaus zu spazieren. Uebrigens die Folgen eines Ursprunggrundes zu übertreiben, heisst nicht, ihn widerlegen! Andererseits, wenn man eine Manie zulässt, die zum Selbst- oder Menschenmorde, zu Nothzucht und Brandlegen führt, warum nicht eine Manie zugeben, die zum Diebstahl treibt?

Die instinctive Cleptomanie beschränkt sich nach *Livi* auf ein oder eine Reihe von Dingen, oder aber erstreckt sich auf Alles, was unter die Hand kommt.

Im ersten Falle wird es schwer, die Cleptomanie von der fehlerhaften und verbrecherischen Begierde zu stehlen, um zu sammeln, zu unterscheiden, und dem Arzte liegt die strengste und scrupulöseste Nachforschung ob; denn sonst könnte jeder Antiquar, jeder Bücherliebhaber, jeder leidenschaftliche Sammler von Medaillen, von Kupferstichen und Bildern zur Vertheidigung des Diebstahles sich auf Cleptomanie berufen. Es besteht hier eine Regel, die der Arzt stets im Auge behalten muss: Wenn eine gestohlene Sache nützlich oder werthvoll ist, oder sehr brauchbar und dem Geschmacke, den Strebungen einer Person entspricht, welche sich dieselbe aneignet, auch wenn sie gebildet und ehrenhaft ist, so ist diese Letztere stets „Dieb“.

Eine Dame von 32 Jahren, nervös-sanguinischen Temperamentes, wird angeklagt, in einem Laden ein Stück Alpaga gestohlen zu haben. Sie hatte bereits schon mehre Diebstähle, aber von unbedeutendem Werthe, begangen. Beim Verhöre wusste sie nur vorzubringen, dass sie krank und von einem unwiderstehlichen Drange zu dieser That getrieben worden sei, dass sie dieselbe willenlos begangen. Sie ist reich, von musterhaften Sitten, gut und grossmüthig, aber Tochter einer trunkenen ausschweifenden Mutter, eines gichtischen Vaters. Dabei hat sie eine Tante mütterlicher Seite, welche närrisch ist und einen Vetter geisteskrank und Selbstmörder, so dass erbliche Anlage unverkenntlich ist. In ihrer Kindheit litt sie zur Zeit der Zahnung an Convulsionen und Delirien, welche eine ungewöhnliche Empfindlichkeit hinterliessen, — während ihrer Pubertät war sie von Hysterie geplagt und hatte nur Ruhe, nachdem die Regeln regelmässig zu fliessen anfingen, — darauf entwickelte sie eine so gute und sanfte Gemüthsart, wie nicht leicht ein Frauenzimmer. Mit 18 Jahren verheirathete sie sich, und ein Ausbleiben der Menstruation machte sie

neuerdings hysterisch. Die Cholera während ihrer Schwangerschaft, Familiensorgen und andere 5 Schwangerschaften steigerten ihren Hysterismus und brachten immer mehr Störung in ihren Verstand. Von heftigen Kopfschmerzen geplagt, begann sie nun neben anderen Sonderbarkeiten die ersten Diebstähle zu begehen, und überdies stellte sich eine Art *Phrenesia religiosa* ein. Eines Tages, nach einer schlaflosen Nacht, sehr aufgeregt, stand sie auf mit dem irrsinnigen Vorhaben, etwas wegzunehmen, ging in einen Laden, wo sie gewöhnlich einkaufte, und nahm von dort ein Stück Alpaga mit. Sie bestand einen grässlichen Kampf mit dem krankhaften Instincte und ihrem Gewissen, allein ersterer überwand, und bleich, zitternd, von heftigem Kopfweh gepeinigt, streckte sie die Hand nach dem Zeuge aus und stahl es. Eilig und ungestüm geht sie mit ihrem Gestohlenen unter dem Mantel weg; kehrt aber nach einigen Schritten wieder um und will das unrechte Gut wieder erstatten. Vor dem Laden bleibt sie aber wieder stehen, zaudert, zittert und von Scham überwältigt, geht sie nach Hause mit ihrem Raube unter dem Arme

Dem Kaufmann war der Diebstahl nicht entgangen. Ein Ladendiener kommt ungesäumt mit einem Briefe seines Herrn, um das Stück zurückzufordern. Anfangs läugnet sie, giebt es aber doch wieder zurück, nachdem sie Versprechen des Stillschweigens verlangt und erlangt hatte. Des anderen Tages begiebt sie sich zum Kaufmann, entschuldigt sich, bittet noch ein Mal, die Sache geheim zu halten und geht ruhig heim. Zwei Tage darauf entfernt sie sich von Hause, macht 8 Stunden Wegs zu Fusse durch Gehölze, um ein Kind bei einer Säugamme zu besuchen; — Abends sucht sie, sehr aufgeregt und übermannt, einen Priester auf, um zu beichten. Als sie anderen Tages erfuhr, dass das Gericht über den Vorfall Nachforschungen anstellt, will sie sich freiwillig in die Hände des Procurators überliefern; allein von einem Hausfreunde daran verhindert, rennt sie weg, um sich in den Brunnen zu stürzen, was sie wirklich ausgeführt hätte, wäre sie nicht daran verhindert worden.

Dem Gerichte unterworfen, wird sie auf 13 Monate Gefängniss verurtheilt. Es gelingt *Ferrus* und *Girard*, die Richter zu überzeugen, dass sie geisteskrank, und der Urtheilsspruch wird cassirt.*)

Nachdem Verf. factisch nachgewiesen, auf welche Weise Phrenopathie den Menschen zum Diebe zu machen vermöge, liegt ihm noch ob, die Beweise vorzubringen, unter welchen der Arzt die wirkliche Cleptomanie vom strafbaren Diebstahl zu unterscheiden im Stande

*) *Livi* hat demnach diesen Fall compilirt.



ist. Unter die allgemeinen Ursachen der Phrenopathieen stellt er zuvörderst Erblichkeit auf, an die er, als die häufigste, Schwangerschaft anreiht. (Es ist uns selbst ein merkwürdiger Fall der Art bekannt. Die Frau eines unserer Bekannten, Tochter eines sehr beschäftigten Advokaten, an eine Gerichtsperson verheirathet, stahl während ihrer Schwangerschaft und setzte diese Diebstähle fort auch ausser der Schwangerschaft, so dass dieses Unglück der Ruin der Familie wurde, der Mann frühzeitig starb und die überlebende Frau in missliche Umstände gerieth. Soviel wir in diesen Fall eingeweiht sind, können wir zur Ueberzeugung, dass anfänglich krankhafte Stehlwuth vorhanden, in der Folge aber in strafbaren Diebstahl überging, ausser der Schwangerschaft, die criminellen Einschreitungen aber durch den Mann als Ortsrichter und Wiedererstattungen beschwichtigt wurden.)

Nach Verf. stände Schwangerschaft zur Cleptomanie, wie Pubertät zur Pyromanie.

Von diesen Verirrungen der physischen und moralischen Sensitivität bis zu den viel schwereren krankhaften Ausartungen des Wollens ist nur ein Schritt; nervöse, hysterische, melancholische, magere, eine sitzende Lebensweise führende Frauenzimmer sind ihnen am meisten unterworfen. Hier wirft nun Verf. die Frage auf: „Ja, wenn Schwangerschaft Ursache der Cleptomanie ist, so findet jede schwangere Person im schwangeren Uterus eine Entschuldigung und Ungestraftheit, wenn sie stiehlt. Jedoch ist hierbei zu bedenken, dass Schwangerschaft nicht die einzige *Causa efficiens* sei. Die Cleptomanie ist eine Complexwirkung vielfacher Ursachen; deshalb ist genau zu untersuchen, ob neben dem Zustande der Gestation nicht anderweitige, innormale und krankhafte Bedingungen bestehen, welche diese oder dergleichen Nervenstörungen verbreiten oder herbeiführen. Sollten aber diese Bedingungen nicht so deutlich hervortreten, so wird es genügen zu wissen, dass die Person in vergängigen Schwangerschaften irgend einer anderen Störung geistiger Natur unterworfen war. Neben der Schwangerschaft vermögen noch 2 andere physiologische Bedingungen des Weibes das Willensvermögen zu verkehren und zur Cleptomanie zu verleiten, „Menstruation und Lactation".

Die pathologische Analyse stellt heraus, dass Epilepsie, Hysterie, gewisse Neurosen oder Neuralgieen, Apoplexie, oder um es genauer zu bezeichnen, Nervenschwäche, Halblähmung oder Lähmung, die hinter der Apoplexie stecken, die Cleptomanie, hauptsächlich die instinctive, begleiten können. Auch bestimmte Verletzungen und Operationen am Kopf, scheint es, können diese Krankheit veranlassen.

Verf. knüpft hier seine Ansicht an, dass es keine Störung von Hirnfunctionen ohne materielle Verletzung des Gehirnorgans gäbe, nur würde letztere unseren Sinnen bei der Autopsie nicht immer wahrnehmbar. In Anwendung auf Cleptomanie tritt er in dieser Beziehung *Bergmann's* Meinung bei. *Gall's* craniologische Nachweisungen critisirt er mit *Lelut*'schen Beobachtungen. Die Regeln für den Gerichtsarzt, den krankhaften Diebstahl vom strafbaren zu unterscheiden, resumirt er kurz so: „je reicher, an Rang und Ansehen höher gestellt eine Person ist, je reiner ihr vorgängiger Lebenslauf und je ehrenwerther er ist, desto sonderbarer und seltsamer ist der Diebstahl, — je werthloser, je weniger nützlich, dienlich und unanwendbarer für die Person er ist, — je weniger diese auf den gestohlenen Gegenstand hält und er ihr Vortheil bringt; ferner, je mehr sie sich gleichgültig gegen die begangene That und gegen den öffentlichen Tadel zeigt, je geneigter sie sich zeigt, den Diebstahl zu beichten und das Entwendete zurückzuerstatten, sich selbst des Unrechtes anzuklagen, um so mehr kann der Arzt sich zur Annahme von Krankheit hinneigen. Nun aber im Gegentheile, je bedürftiger, ungeordneter im Leben, je ergebener dem Luxus, dem Spiele, der Trunksucht eine Person ist; je kostbarer der entwendete Gegenstand ist, je mehr er ihrem Gebrauche, ihrem Nutzen, ihrem Ehrgeize, ihrer überlegten Gierde entspricht. je weniger das bestohlene Individuum überlegt ist; je mehr der Dieb sich bestrebt, seinen Diebstahl zu verbergen; je hartnäckiger er läugnet und ins Gesicht solchen Diebstahl evidenten Beweisen gegenüber in Abrede stellt, vorzüglich, wenn der gestohlene Gegenstand verkauft oder einem Anderen übermacht wurde, um so mehr hat der Arzt für Verbrechen zu stimmen.

Eine kurzgewählte, aber gut compilirte, Literatur macht den Schluss dieser kleinen Abhandlung. *Ullersperger.*

Die Versammlung in Heppenheim. — Jede der bisherigen Versammlungen deutscher Irrenärzte, welche mit oder ohne Anschluss an die Naturforscherversammlung in freier oder geschlossener Form tagten, bot neben dem, was rücksichtlich der theilnehmenden Mitglieder und der erörterten Gegenstände ihnen gemeinsam war, noch Besonderheiten dar, die mehr oder weniger mit einander um den Vorzug stritten. Die Versammlungen von Carlsruhe, Eisenach, Landau, Frankfurt, Berlin, Hildesheim trugen ebenso zur Förderung der Collegialität, als zur Entwickelung der deutschen Psychiatrie bei. Dass sie allmählig auch Mitglieder heranzog aus Kreisen, welche ihr bisher fern standen, gab sich in Heppenheim kund, ein Zeichen,

welchen Einfluss ein wissenschaftlicher und persönlicher Verkehr unter Berufsgenossen auszuüben im Stande ist.

Dreierlei Vorzüge kennzeichneten die letztere Versammlung. Einmal war die Zahl der Theilnehmer eine solche, wie sie bisher noch nicht erreicht worden war; dann gab sich die wohlwollende Theilnahme, welche die Versammlung auch bei den Behörden des Landes fand, in einem bisher noch nicht in dieser Höhe wahrgenommenen Grade kund und zeigte ebenso von der Fürsorge um unsere Kranken und dem patriarchalischen Leben im kleineren Staate, das in der neuen Anstalt in so aufopfernder Weise gipfelt, als für das Vertrauen, welches deren Director sich dem Lande gegenüber zu erwerben im Stande gewesen war. Aber noch ein dritter Umstand charakterisirte die Versammlung und legte dar, wie erfolgreich die langjährigen Bemühungen des Vereins um die Ausbreitung der Disciplin für Universitäten gewesen waren. Wir konnten in 10 anwesenden Mitgliedern Lehrer an Universitäten begrüssen.

Bei solchen Vorzügen liess sich von der anderen Seite nicht verkennen, dass — erklärlich genug in einer Disciplin, die so rasch sich entwickelt und so viele Bekenner schon gewonnen hat — auch eine, den früheren Versammlungen fremde, Dissonanz bemerkbar wurde. Man konnte von der ersten Stunde an wahrnehmen, dass sie sich nicht durch Verschiedenheit der Ansichten dort bildete, sondern schon hingetragen wurde und dass, analog der schon ausserhalb der Versammlung hervorgetretenen Parteistellungen, auch hier dieselben sich kundgaben, nicht zu offenen Erklärungen führten, aber doch ebenso die Fruchtbarkeit der Discussion beeinträchtigten, wie man dies von den mit Hülfe der Stenographie hier zum ersten Mal genauer wiedergegebenen Protokollen wahrnehmen kann, als auch, was nicht geläugnet werden kann und soll, den Verkehr ausserhalb der öffentlichen Sitzungen trübten. Wie die geschichtliche Entwickelung der deutschen Einheit sich durch mancherlei Spaltungen durchzwängen muss, so scheint dies auch auf dem Boden unserer Disciplin sich vollziehen zu müssen, welche wie keine andere eine sehr praktische Bedeutung für die Medicin überhaupt, wie für sociale und juridische Verhältnisse insbesondere hat. Vier deutsche psychiatrische Zeitschriften, welche von der Reichhaltigkeit des zu verarbeitenden Materials und der Verschiedenheit der eingeschlagenen Bahnen Zeugniss ablegen, waren durch ihre Redactionen vertreten. Aber wie ein Bach allmählig zum Strome wird und die rasche Aufnahme von Flüssen manche Dämme überfluthet, manchen Schaum auf seiner Oberfläche trägt und mit manch trüben Wassern sich mischt, ehe er zu einem geordneten Laufe sich gestaltet, so mögen

auch der Psychiatrie solche Vorgänge zur Förderung gereichen und, was auf der einen Seite an Reizen verloren geht, auf der anderen gewonnen werden. Damit aber das Ziel der Einheit um so eher erreicht werde, wird die Befürchtung sich nicht geltend machen dürfen, so nahe sie liegt, dass Mancher den Versammlungen sich entzieht. In ihnen repräsentirt sich die gegenwärtige Zeitrichtung, in ihnen klären sich die Ansichten, werden Anregungen zu Arbeiten gegeben, die ohne sie nicht vorhanden sind, werden Kräfte erkannt, welche bei der isolirten Stellung der Einzelnen brach liegen, und in ihnen wird durch gemeinsame Arbeit erreicht, was dem Einzelnen gar nicht oder durch viel grösseren Verbrauch von Kraft erreichbar ist. Bleiben diejenigen nicht fern, welchen unsere Disciplin Lebensberuf im inneren und äusseren Sinne geworden ist, so werden diejenigen, welche zuerst Sonderzwecke hinführten, zu gleichem Streben gewonnen werden oder sie werden sich von selbst wieder zurückziehen, wenn das Verweilen ihren den Bestrebungen des Vereins fernliegenden Zwecken sich nicht dienlich erweist.

Ob die bis jetzt so liberalen Aufnahmebedingungen des Vereinsstatuts wirklich einer Aenderung bedürfen, um solchen Zielen einen Damm zu setzen, scheint dem Berichterstatter doch zweifelhaft. Im Gegentheil ist der Wunsch wohl gerechtfertigt, dass um so mehr die Betheiligung an der nächsten Versammlung, muthmasslich wohl in Dresden, eine recht zahlreiche sei, und Jeder sich darüber aufkläre, welche Haltung des Einzelnen dem Ganzen frommt.

Um auf die Versammlung in Heppenheim wieder zurückzukommen, muss rühmend hervorgehoben werden, mit welchem Eifer sich die dortigen Anstalts-Collegen, ihren Director an der Spitze, der Versammlung angenommen, wie gastlich die Bewohner des Ortes, die aus der Ferne Herzugekommenen aufnahmen, wie die höchsten Behörden des Landes nicht nur den Berathungen beiwohnten, sondern sich auch bei dem vom Grossherzoge gegebenen Festdiner betheiligten und es durch Scherz und Ernst belebten, wie auch nach aussen die festliche Beleuchtung der Starkenburg fernhin bekundete, dass hier ein nationales Fest gefeiert werde. Freude und Belehrung empfingen wir, als wir vom Herrn Collegen *Ludwig* durch die Räume der neuen Anstalt geführt wurden, welche in ihrer lichtvollen Gruppirung, ihrer freundlich und maassvoll gehaltenen Architektonik, zweckmässigen Einrichtung und prachtvollen Umgebung wohl dazu angethan ist, ein Vorbild für Deutschland und ein Schild gegen die Vorwürfe zu sein, welche noch immer aus Vorurtheil oder Sachunkenntniss gegen die Irrenanstalten geschleudert werden. Gruppen von 10 Kranken, wie dort, werden im Ver-

ein mit einer humanen ärztlichen Leitung unter denjenigen, welche der Aufnahme in einer Krankenanstalt bedürftig sind, eine genügende Individualisirung zulassen, um ihnen ebenso die Trennung von der Heimath während der Zeit ihrer Heilung zu erleichtern, als sie vor deren Nachtheilen zu bewahren.

Aus der Provinz. — Endlich hat sich das Wort des Räthsels vernehmbar gemacht, auf welches eine Anzahl unserer Collegen seit geraumer Zeit gespannt war. — Doch es ist vor allen Dingen nöthig, das Räthsel selbst auch den übrigen Collegen mitzutheilen.

Vor etwa drei Jahren handelte es sich in Berlin um die Frage der Herstellung einer neuen umfassenden Irren-Pflege-Anstalt zur Unterbringung von bis 600 Kranken, unter Einschluss einer nur annähernd zu schätzenden Zahl der Genesung noch zugänglicher Irren. Mehrere deutsche Irren-Aerzte wurden zu einer gutachtlichen Aeusserung über die zweckmässigste Art solcher Einrichtung aufgefordert. Alle gaben, mit Hervorhebung verschiedener Gesichtspunkte, ihre Meinung dahin ab, dass dem vorliegenden Bedürfnisse am Besten zu genügen sein werde durch Errichtung eines der Zahl der unterzubringenden Unheilbaren hinsichtlich der Räumlichkeit entsprechenden abgeschlossenen Asyls, in Verbindung mit einer sich anschliessenden auf etwa 100 Kranke berechneten Heil-Anstalt, auf einem ausgedehnten Areale ausserhalb, doch in nicht zu grosser Entfernung von der Stadt. — Dieselbe Frage und die eingegangenen Gutachten wurden dem inzwischen als klinischer Lehrer und psychiatrische Autorität aufgetretenen Herrn Geh. Med.-Rath *Griesinger* vorgelegt. Er erklärte die in den Gutachten vertretenen Ansichten als gänzlich fehlsam und unbrauchbar, weil sie einem bereits völlig überwundenen Standpunkte angehörten, den er selbst zwar früher eingehalten, aber seit dem Abgange von Zürich gänzlich verlassen habe. Die ganze Psychiatrie sei bereits in eine Aera der Reform getreten, welche sich auch auf die Fürsorge für die gesammten Irren erstrecke. Dieser Reform, welche die „Kasernirung der Geisteskranken" verurtheile und dagegen die agricolaren Fermes, das coloniale, das familiale und das Cottage-System zur Geltung bringe, müsse man sich zuwenden, — das Veraltete, unbrauchbar Gewordene verlassen. Diese doch nur allgemein gehaltenen Aussprüche befriedigten die betreffende Behörde nicht völlig; sie beschloss den Versuch eines Austausches, einer Klärung und Einigung der sich gegenüberstehenden Ansichten und berief zu diesem Zwecke die Verfasser jener Gutachten nebst einigen anderen ihrer Fachgenossen und Herrn Geh. Med.-Rath *Griesinger* zu einer Zusammenkunft in

Beisein ihrer Delegirten. Jene folgten mit wenigen Ausnahmen dem Rufe; der Reformator, — „und wenn alle Ziegel auf den Dächern Teufel wären!“ — erschien nicht, sondern liess sich entschuldigen. Was blieb nun den Anwesenden zu thun übrig für die Lösung einer Frage, die ihnen nicht klar und deutlich, sondern nur in den oben angeführten, allgemeinen und unbestimmten Andeutungen vorgelegt werden konnte? — Nichts Anderes blieb übrig, als: in geschichtlicher Darlegung nachzuweisen, wie die Irrenfürsorge allmählig aus der ursprünglichen Familien-Pflege, der natürlichen und der erkauften, mit den Uebergängen durch die Detention in Corrections- und Siechenhäusern sich zur Krankenhaus-Pflege entwickelt; — wie die letztere in ihrer Vervollkommnung die Agricultur-Beschäftigung zu Hülfe gezogen; — wie sich neben dieser Entfaltung in einem abgesonderten Flecken (Gheel) die Familien-Pflege festgesetzt, ausgedehnt, bis in die neueste Zeit, lange unbemerkt, erhalten und zuerst neugierige Verwunderung, dann die Beachtung und endlich die enthusiastische Bewunderung einzelner Beobachter erregt hat, — und wie endlich eine künstliche Nachbildung dieser sogenannten „Irren-Colonie“ empfohlen und versucht worden ist. Sämmtliche Befragte kamen schliesslich dahin überein: dass die entschiedene Rückkehr zu der, wenn auch amtlich und ärztlich überwachten, Familien-Pflege ein offenbarer Rückschritt sein würde; dass die beste Art der Irrenfürsorge durch abgeschlossene Irren-Anstalten, mit Gliederung in Heil- und Pfleg- oder Bewahr-Anstalten unter Benutzung der Agricultur-Beschäftigung zu erreichen und dass es räthlich sei, jenes, noch nicht einmal im Stadium des Versuches — (denn die bisherigen Versuche seien, doch wohl als misslungen, bereits wieder aufgegeben), sondern noch im Stadium des Vorschlages befindliche „künstliche coloniale oder Cottage-System“ mit Vorsicht zu neuen Versuchen heranzuziehen. Diese damals ausführlicher ausgesprochenen und motivirten Ansichten finden sich in dem seitdem gedruckten Protocolle über jene Verhandlungen im Wesentlichen treu niedergelegt. —

Noch lange liess nun das Reform-Programm der neuen psychiatrischen Aera auf sich warten; jetzt endlich ist es erschienen. Es ist zu lesen in dem so eben ausgegebenen 1. Hefte des „Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, in Verbindung mit Dr. *E. Meyer* und Dr. *C. Westphal* herausgegeben von Dr. *W. Griesinger*“, in einem Aufsatze des Herausgebers: „Ueber Irren-Anstalten und deren Weiter-Entwickelung in Deutschland“. Eingeleitet wird es wieder durch die Verwerfung und Verurtheilung der bisherigen, „in ihrer Isolirung“ veralteten und verkommenen Psychiatrie, und be-

sonders der jetzigen Asyle für Geisteskranke, die als „Irren-Kasernen" bezeichnet werden. Doch später ergiebt sich, dass die Gleichstellung der Kasernen, die das Publicum nicht besonders liebt, mit Irren-Anstalten, von denen jene sich doch noch sehr unterscheiden, nicht auf die Discreditirung der letzteren berechnet ist. Und was setzt nun das Reform-Programm an die Stelle des „Alten und Verjährten"? — Wir wollen uns zunächst mit der Ersetzung der Asyle beschäftigen, wobei wir indessen mit dem Verf. von der allgemeinen Frage auf die besondere des Berliner Bedürfnisses werden blicken müssen. Also genau dasselbe setzt es an ihre Stelle, was nach der obigen Relation jene versammelten Irren-Aerzte als den Bedürfnissen der Stadt Berlin entsprechend vorgeschlagen haben, — nur mit einigen Modificationen, deren Zweckmässigkeit im Allgemeinen und für den besonderen Fall noch stark angezweifelt werden darf. Das Reform-Programm will nämlich die „Irren-Kaserne" in drei Theile zerlegt sehen. Erstens in ein „Asyl", bestimmt zur Aufnahme „transitorischer" Kranker, d. h. solcher, die entweder binnen Jahr und Tag geheilt, oder nach dem Ablauf eines mit stürmischen Symptomen einhergehenden Paroxysmus beruhigt und gebessert zu ihren Familien zurückkehren, oder nach einer kürzeren Beobachtungszeit in einen anderen Theil der Gesammt-Anstalt übergehen. Diese Asyle sind also, was man bisher wohl nicht mit Unrecht „Heil-Anstalten" nannte: denn selbstverständlich kann man von einer solchen nicht verlangen, dass jeder darin aufgenommene Kranke geheilt werden solle. Die Zahl der Kranken wird auf reichlich 25 pCt. der Gesammtzahl, also für Berlin auf etwa 150 berechnet. Das Programm verlangt, dass sich das Asyl von gewöhnlichen Hospitälern nicht weit unterscheide, jeden kleinlichen Luxus, namentlich „Thürmchenspitzen" und andere dergleichen „thörigte Schnörkel" ausschliessen solle — (die übrigens niemals von einem Irren-Arzte gefordert, stets nur, und zwar oft gegen ausdrückliche Einsprache desselben, dem Architecten zugestanden worden sind —), dass sie nur für jedes Geschlecht zwei grosse Wachsäle, mehrere Einzelzimmer, ein einfaches Isolirzimmer, eine Matratzen-Zelle, geräumige Bäder, zu allen möglichen Modificationen der Wasseranwendung eingerichtet, ausserdem für ruhige, nicht bettlägerige Kranke drei Säle, helle Tageräume und Speisezimmer und eine relativ grosse Anzahl von Einzel-Schlaf-Zimmern enthalten sollen. Bis hierher wäre so ziemlich allen Erfordernissen Rechnung getragen, die bisher für eine Irrenheil-Anstalt gefordert wurden. Nur werden noch die „Zellen-Abtheilungen" ausdrücklich ausgeschlossen; sie sollen wohl durch die Einzelzimmer

ersetzt werden, in welche sich folglich aller unvermeidliche Lärmen, Schmutz und Gewaltthätigkeit vertheilen muss. „Die Therapie der Tobzellen und Zwangsjacken, erklärt der Vf., sei nicht die seinige.“ Ist sie denn, fragen wir, die Therapie irgend eines verständigen Irrnarztes? Scheut nicht jeder die Anwendung physischen Zwanges als ein Armuthszeugniss seiner Therapie, und sind nicht die meisten erfreut, wenn Geld genug vorhanden ist, sie entbehrlich zu machen? — Besonderer technischer Einrichtungen, wie Fensterverwahrung u. dgl. geschieht nicht Erwähnung. Solche, die nach dem Vorbilde Englands (wo man jedes selbst bedeutende Kapital, welches durch Verminderung der Betriebskosten hohe Zinsen trägt, für gut angelegt hält) hie und da benutzt sind, scheint das Programm wo nicht zu perhorresciren, doch zu ignoriren. Diese Forderungen für dieses Asyl, (welches nach dem Verf. in Mitten der Stadt liegen, selbst eine Abtheilung jedes anderen Krankenhauses bilden kann, welches, um für den klinischen Unterricht auf Universitäten nutzbar zu werden, den übrigen Hospitälern derselben sich anreihen, und das endlich, da es der ärztlichen Aufsicht und Besuche nicht genug haben könne, von 2 bis 3 tüchtigen Irrenärzten, niemals aber von dem Ober-Arzte bewohnt werden soll, — diese Forderungen sind so mässig, dass sie zwar einen erfahrenen Irrenarzt schwerlich befriedigen werden, aber z. B. die Berliner Universität der Sorge für den Gewinn eines solchen Asyls völlig überheben, da sie dasselbe bereits in der Irren-Abtheilung der Charité in ausreichendem Maasse besitzt. Die Stadt Berlin würde folglich freien Spielraum für die Anlage ihres „Asyls“ haben; warum also nicht es mit dem zweiten Theile der zerlegten Irren-Kaserne relativ verbinden?

Nach Abzug jener, durch das Asyl von der Gesammtheit absorbirten 25 pCt. = 150 Kranke, bleibt nämlich noch für die Unterkunft weiterer 450 zu sorgen. Ziehen wir gleich hier diejenigen Irren, welchen ein gewisses grösseres Maass von Freiheit gestattet werden kann, in dem von dem Verf. vielleicht etwas zu niedrig angenommenen Verhältniss von 5 pCt. der Gesammtheit, also mit 30 ab, so reducirt sich hierdurch die Zahl der gemeingefährlichen, der völlig Blödsinnigen, der Epileptischen und der Siechen auf 420. Diese verweiset zweitens das Programm der neuen psychiatrischen Aera in die „geschlossene Irren-Anstalt“. Zu unserem Erstaunen sehen wir nämlich jetzt die Kriegserklärung gegen die „modernen Irren-Anstalten“ in bester Form zurückgenommen. Sie sollen die Berechtigung haben, fortzubestehen. Natürlich „ohne Thürmchenspitzen und ohne allen unnützen Luxus“, was sehr zu billigen. Auch

ohne „Kasernenartige Disciplin". Was darunter zu verstehen ist, ist nicht zu ersehen; man wird ganz irre, wenn man wieder liest, dass die für diese Kranken erforderlichen Verpflegungs-Verhältnisse sich am nächsten denen der jetzigen Irren-Anstalt anschliessen. Und überhaupt erkennt das Programm nur die Nothwendigkeit der „anderen Irren-Anstalten" an, ohne etwas Anderes von ihren Erfordernissen zu sagen, als: dass sie an die Peripherie der (grossen) Stadt zu verweisen sind. Also doch immer in der Stadt selber sollen sie liegen, nur da, wo der bürgerliche und industrielle Verkehr geringer und die Wohnungen der Reichen seltener werden. Warum aber dann nicht noch ein Stück weiter hinaus gehen, dahin, wo die Stadt und die Anstalt sich nicht gegenseitig belästigen und stören können, und wo der Grund und Boden billiger zu haben ist?

Bis hierher hat uns das Programm der neuen psychiatrischen Aera in Bezug auf die Irren-Anstalten nichts Neues gebracht; es hat ihnen nur einige Eigenschaften genommen, theils solche, die niemals ein Irrenarzt für seine Anstalt erforderlich gehalten hat, theils solche, die jeder Irrenarzt nach allgemeinster Erfahrung für unerlässlich hält, namentlich die Isolirung der Anstalt und die Absonderung der Gewaltthätigen, Lärmenden und Unreinlichen von den Kranken, die dies nicht sind. Aber es bleiben noch jene 5 pCt. der Anstaltsbevölkerung, welche ein grösseres Freiheitsmaass, als es die „moderne Irren-Anstalt" bietet, ertragen können und „die es folglich haben müssen". Für diese soll die neue Aera Besseres schaffen, nach dem Vorbilde, welches das Ausland giebt. Auf das agricole System, das in Einum bei Hildesheim mit Erfolg angewendet ist, verzichtet unser Programm, weil nur eine Gesammtbevölkerung der geschlosenen Anstalt von 500 Kranken die dazu erforderlichen Arbeitskräfte liefern könne. Desgleichen auf das gewöhnliche familiale System, wie es in Gheel besteht, weil sich nicht leicht eine dazu geeignete und passend belegene Einwohnerschaft finden wird. Dagegen empfiehlt das Programm die künstliche Familien-Pflege vermittelst des Cottage-Systems, nach dem Vorschlage *Tuller*'s (vgl. Bd. XXII. 1. Hft. S. 43 d. Zeitschr.). Dazu würden für Berlin etwa 4 bis 8 Cottages für jedes Geschlecht erforderlich sein, belegen in einer Entfernung von 10 Minuten bis ½ Stunde von der Central-Anstalt Dieser Plan soll allmählig ausgeführt, also ebenfalls vorsichtig in Angriff genommen werden. Man sieht: es ist derselbe Vorschlag, welchen die in Berlin zusammengerufenen Irren-Aerzte gemacht haben.

Das also ist die verkündigte Weiterentwickelung der Irren-Anstalten in Deutschland! Auf die Entwickelung hoffen auch wir, aber

wir erwarten sie nicht auf dem Wege, den dies Programm verzeichnet und über den noch Vieles zu sagen wäre. —

Doch, es wird uns ja auch eine Reform der Psychiatrie als Wissenschaft angekündigt. „Ein Umschwung“, sagt unser Programm, „sei eingetreten, der die Gründung eines neuen wissenschaftlichen Organes, des 5ten zu den 4 in Deutschland bereits vorhandenen, rechtfertige. Dieser Umschwung beruhe vorzüglich auf der Erkenntniss, dass die sogenannten Geisteskranken Hirn- und Nerven-kranke Individuen sind. Psychiatrie und Neuropathologie seien, wie man jetzt erkannt habe, ein und dasselbe Gebiet, und mit dieser Erkenntniss sei die Zeit gekommen, wo die Psychiatrie wissenschaftlich aus der Sonderstellung eines befangenen Specialismus heraustreten, wo sie wirklich ein Theil und Eigenthum der gesammten Medicin und aller ärztlichen Kreise werden könne.“ Alle Vorurtheile des Publicums über Geistesstörungen werden diesem Specialismus und folglich dem bisherigen Mangel der Erkenntniss jener Wahrheit zugeschrieben. Und ist denn wirklich dieser Gedanke so neu? Schon der alte *Willis* stand ihm wahrlich nicht fern. Aber angenommen, er wäre eine Errungenschaft der allerneuesten Zeit: wo ist sein Ursprung zu suchen? Etwa in Gheel oder Fitz-James? Wo anders, als in unseren Krankenhäusern für Gestörte, den bisherigen Irren-Anstalten und in der eifrigen Bemühung ihrer, vereinzelt und in der Vereinigung, wirkenden Aerzte? Gaben nicht die deutschen wie die ausländischen Zeitschriften für Psychiatrie lange vor der Geburt des „Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ deutliches Zeugniss für die Anerkenntniss dieser Wahrheit? Frevelhaft wäre es, zu sagen, dass über philosophische oder über Krankenhaus-Fragen die diagnostischen und therapeutischen Angelegenheiten im Allgemeinen verabsäumt worden seien. Und befremdlich ist es, wenn sich der Herausgeber im Vorworte darüber wundert, dass aus der grossen Klasse der Nervenkrankheiten die zu ihnen gehörige Gruppe der „Psychosen“ mit ihren oft verwirrenden Symptomen und ihrer dunkeln Pathogenie monographisch herausgerissen worden ist, da es doch, wie er sicherlich weiss, stets der Gang der Wissenschaft ist, sich von der Erkenntniss des Einzelnen zu der Verbindung und Uebersicht der Gesammtheit zu erheben.

Nachdem man solche Vorwürfe gehört hat, wundert man sich in der That, dass der Herausgeber des „Archivs“ der Psychiatrie überhaupt erlaubt, noch auf dessen Titel zu erscheinen, sich sogar neben den Nervenkrankheiten in grosser Fettheit des Druckes breit zu machen. Vielleicht nur wegen der Concurrenz mit den bereits vorhandenen psychiatrischen Zeitschriften.



Möge doch nur Jeder in Eintracht mit den Genossen, ohne Ueberhebung, ohne Missachtung fremder und ohne Ueberschätzung eigener Leistungen, so lange man nichts Neues, und selbst wenn man etwas Neues bringt, an der schwierigen Wissenschaft fortarbeiten: dann wird, wenn auch nicht mit einem Sprunge aus dem Haupte eines Jupiters, sondern Schritt für Schritt die neue Aera der Psychiatrie, d. h. ihre Vervollkommnung und ihr Aufgehen in der Neuropathologie in's Leben treten.

Illenau's fünfundzwanzigjähriges Jubelfest. — Der 23. September hatte endlich den lange ersehnten Freudetag herangebracht. Am Abend vorher leitete ein Concert die Feier ein, der durch die Nachricht von der Höchsteigenen Theilnahme unseres erhabenen Landesfürsten auf den folgenden Tag die schönste Weihe zugedacht war. Den Festgruss in der ersten Morgenfrühe brachte ein Choral unserer Illenauer Harmonie-Musik. Nachher versammelte sich das Beamten-Collegium, um das erste Wort des Dankes, den ersten Ausdruck der Liebe dem Manne darzubringen, welchem das Jubelfest selbst seinen schönsten Lorbeer wand; ein silberner Kranz, auf dessen Blätter die Namen aller um Illenau's Gründung verdienter Männer eingeschrieben waren, wurde an unseren innig geliebten Director, Herrn Geh.-Rath *Roller*, als stilles Wort für das, was der Festtag Hohes und Herrliches in unser Aller Herzen wachrief, ausgewählt. Vor 9 Uhr kam Seine Königliche Hoheit der Grossherzog in Illenau an. Mit demselben Zuge war auch mancher liebe Freund von Illenau, voran der getreue vieljährige Mitarbeiter, Herr Geh. Hofrath *Fischer* von Pforzheim, waren so Viele, die, einst Illenau angehörig, ihm die frühere Liebe bewahrt hatten, hier eingetroffen. Um 9 Uhr begann der Gottesdienst. Der protestantische Geistliche sprach das Altargebet und die Predigt. Darauf folgte die Festrede des Directors — in einfach grossen Zügen ein erhebendes Bild des Illenauer Lebens in seiner Gründung und Entwicklung, des Illenauer Geistes in seiner Entfaltung, seinem fruchtbringenden Wirken. Hierauf celebrirte der katholische Geistliche das Hochamt und stimmte das Te Deum an. Nach Beendung der kirchlichen Feier ergriff Seine Königliche Hoheit Selbst das Wort. An die hohe Bedeutung des Tages anknüpfend, sprach Er in Seinem und Seines Landes Namen die innigsten Glückwünsche zum Feste aus, und Seinen eigenen und Aller Dank gegen den hochverdienten Leiter der Anstalt, Geh.-Rath *Roller* und dessen getreuen Freund und unermüdlichen Mitarbeiter, Geh. Hofrath *Hergt*. Zum Schlusse sprach Er den Kranken Muth zu, an das Wort der Schrift erinnernd: dass Denen, die Gott lieben,

alle Dinge zum Besten dienen müssen. Die Ansprache des innig geliebten Fürsten, wie sie erhabener und huldvoll gnädiger nicht gefühlt werden kann, bildete den Höhepunkt der Festfeier. Als ein schwaches Zeichen Seines Dankes, wie des Fürsten Höchsteigene Worte lauteten, verlieh Er jenen beiden ältesten Illenauer Beamten höhere Grade des Ordens, den sie schon früher erhalten hatten. Ausserdem wurde auch der pflichtgetreue Oekonom der Anstalt und der brave Oberwärter der männlichen Heilabtheilung — Beide in vieljähriger Wirksamkeit — von der Hand Seiner Königlichen Hoheit decorirt. Nach warmen, im Namen aller Anwesenden von dem grossherzogl. Ministerial-Referenten der Anstalt gesprochenen, Dankesworten für den gnadenvollen Act der Fürstlichen Festes-Theilnahme, begann der Gang in die mit Blumen und Kränzen festlich geschmückte Anstalt. Mittlerweile waren auch von Ihrer Königlichen Hoheit der Grossherzogin und Ihrer Majestät der Königin von Preussen, sowie von vielen befreundeten Anstalts-Collegen glückwünschende Telegramme eingetroffen. Gegen 12 Uhr reiste Se. Königl. Hoheit unter den Segenswünschen Illenau's wieder ab. Eine Stunde später brachte der Mittagszug den Herrn Ministerial-Präsidenten *Jolly* zu uns. Neue Gäste hatten sich inzwischen wieder eingefunden. Um 1 Uhr begann das Mittagessen im grossen Festsaale, unter Mitbetheiligung der Angehörigen der Anstalts-Beamten und einer grossen Anzahl unserer Kranken. Frohsinn in dem freudigen Gefühl liebender Zusammengehörigkeit war die Würze des Mahles, das in der Gegenwart des Herrn Präsidenten, in dessen theilnehmender Gesinnung jede Aeusserung der Freude die wärmste Ansprache fand, seinen bedeutungsvollsten Ausdruck feierte. Von manch' dankbarem, erhebendem Gefühle, dessen das Herz voll war, erzählte der Mund in frischem Trinkspruch. Nach dem Mittagessen wurde der Caffee auf dem Eiskeller, wo einst auch die von Carlsruhe nach Illenau gekommenen Mitglieder der Naturforscher sich versammelt hatten, eingenommen. Der trühe Himmel am Morgen hatte sich unterdessen geklärt, ein innig warmer Mittag ruhte auf der Gegend, als auf der Festwiese hinter der Kirche sich die Tische für das unseren Kranken bestimmte Banquet zu entrollen begannen Unter frohem Sange, dazwischen die Klänge der Illenauer Harmonie-Musik, verflossen hier im grossen Familienkreise unserer Kranken die Nachmittagsstunden. Gegen 7 Uhr Abends wurde aufgebrochen. Aber gegen 8 Uhr flammte nochmals das Festspiel auf in der Gestalt eines bunten Feuerwerks. Und während unten im grossen Hofe die Feuergarben sich entfalteten, grüssten von der mittleren Façade des Hauses in mächtigen Transparenten die Namenszüge unserer Königlichen Hoheiten her-

nieder, entfalteten sich der innere Hof und die Hallengänge zu einem buntbelebten Corso. Erst der späte Abendzug, der unsere Gäste wieder entführte, endigte die Feier des Tages, welcher, ein 25jähriges segensreiches Anstaltswirken abschliessend, in der Fülle der Errungenschaften, die er entfaltete, als glückverheissende Marke für Illenau's Zukunft, als belebender Born neuer Thatkraft, verjüngten Strebens in den Herzen aller Theilnehmer fortleben wird.

Schüle.

Das Unglück in Werneck. — Der 30. August bezeichnet den schwersten Unglückstag, den Werneck je erlebt hat. Durch die Unvorsichtigkeit eines im Cloaken-Reservoir beschäftigten Arbeiters wurden die angesammelten giftigen Gase frei und betäubten rasch den Unglücklichen, der eben noch Hülfe rufen konnte. Ein herbeieilender Wärter stürzt ihm nach; diesem der Oberwärter, der mit den beiden in der Nähe des Unglücksortes beschäftigten Hülfsärzten Dr. *Rabus* und Dr. *Hopp* sogleich herbeigesprungen war. Wärter und Oberwärter sind rasch ein Opfer des Todes — desgleichen der Chirurg der Anstalt; da springt Dr. *Rabus* nach — in gleich jähen Untergang. Den eben betäubt umsinkenden Collegen will Dr. *Hopp* retten: im Rettungsdrange entledigt er sich aber des um ihn geschlungenen Seils und stürzt als 6tes Opfer in die Tiefe. So waren, wie der Berichterstatter sagt, „sechs junge Männer in der Blüthe der Jahre, vor wenigen Augenblicken noch eifrig in ihrem Amte, hinweggerafft worden, so rapid, als hätte nur Ein Blitzstrahl sie Alle gleichzeitig getroffen."

Nur der Geisteskraft und Geistesgegenwart des mitten in der Katastrophe herbeigeeilten Directors Dr. *Gudden* ist es zu danken, dass die Zahl der Opfer nicht eine noch grössere geworden ist.

Die Unglücksstätte ist ein durch alle Sicherheitsmaassregeln geschützter, sonst vollkommen gefahrloser Ort. In der verhängnissvollen Minute selbst ist, wie uns derselbe Gewährsmann schreibt, Niemanden eine Schuld zuzuschreiben; „und Niemand von uns weiss, wie er in jenem entscheidenden Momente gehandelt hätte, wo Leben und Tod so dicht neben einander standen, und wo es galt, den Freund zu retten!"

Zwei liebe Collegen „in einer verschwindenden Spanne Zeit einem hoffnungsreichen Leben entrissen! Dr. *Hopp*, vor Kurzem erst Jünger des Fachs geworden, voll Ernst und wackern Strebens; Dr. *Rabus*, der gediegene, unermüdliche Arzt, der begabte, edle Mensch, der getreue Freund! Verherrlicht auch kein glänzender Nekrolog das reiche, leider so früh abgeschlossene Leben und Wir-

ken der beiden Hingeschiedenen, so wird der Lorbeer todesmuthiger Hingabe im Dienste edelster Menschenliebe um so unverwelklicher ihnen erblühen. *Sch.*

Behandlung der Hirncongestion und der Hallucination mit arsenichter Säure. — Hierüber verbreitete sich Dr. *Lisle* in der Sitzung der Academie der Medicin zu Paris am 17. September 1867 und gelangte zu folgenden Sätzen: Die Irren bieten häufig mehr oder weniger ausgesprochene Erscheinungen von Congestionen zum Gehirne dar und die Hallucinanten sind stets in solchem Falle. Von 193 dieser Letzteren, welchen man arsenichte Säure als Curmittel reichte, wurden 131 oder 67 Procent geheilt und 29 dauernd gebessert. Die Hallucination, bis dahin als ein Symptom des Irreseins betrachtet, bildet fast immer nur eine etwas schwere Complication desselben. Sie ist das charakteristischste Symptom einer Hirncongestion. Die arsenichte Säure wirkt als ein wahrhaft specifisches Mittel dagegen und zeigt sich auch sehr nützlich bei Paralytikern, Inconhärenten, Melancholikern u. s. w., die frei von Hallucinationen sind, allein sinnfällige Phänomene von Hirncongestion kundgeben.

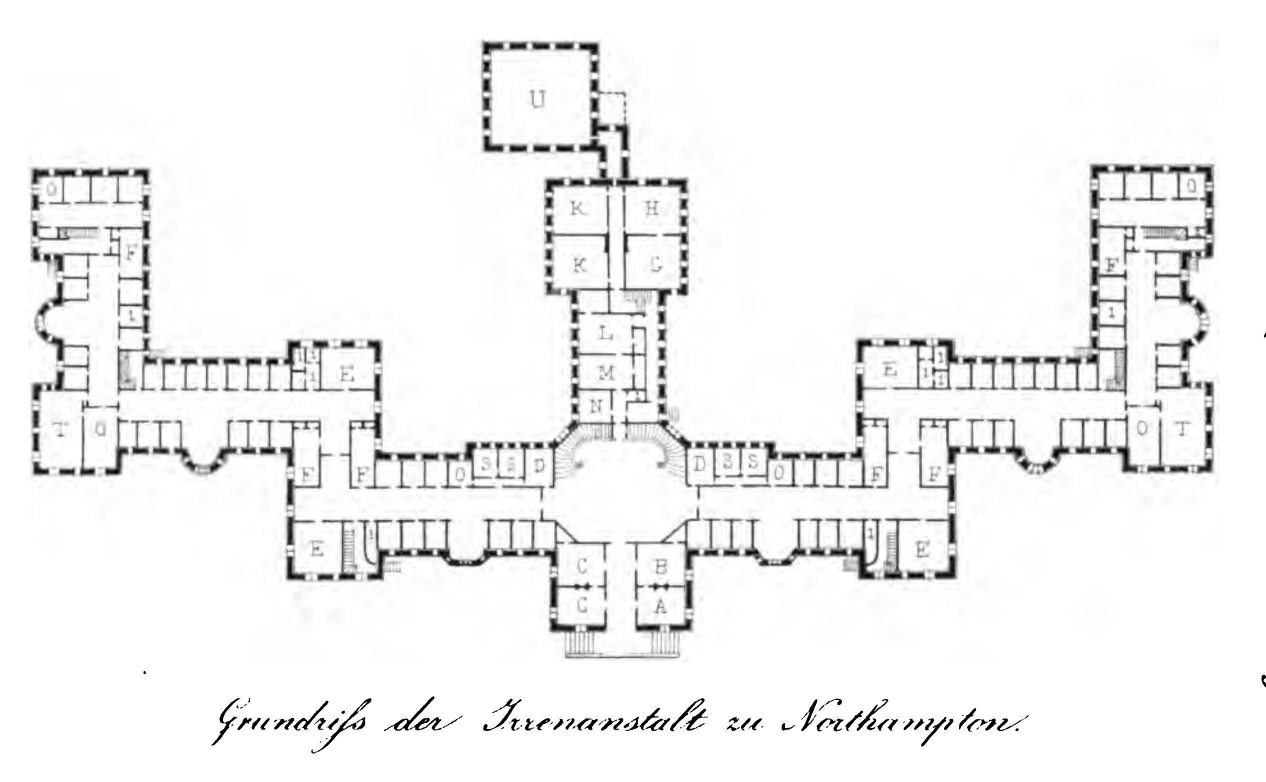
Die arsenichte Säure mit Vorsicht angewendet und sorgfältig überwacht, darf als eines der inoffensivesten Agentien der *Materia medica* angesehen werden. Die Dosis wechselt zwischen 5 und 16 Milligrammes 3 Mal täglich vor dem Essen.

Baillarger und *Cerise* wurden zu Commissionairen dieser practischen Notiz ernannt. Dr. *Droste.*

Die reflectorische Speichelsecretion — ohne Betheiligung des Gehirnes nach *Bernard's* Versuch will mit *Eckhardt* auch *Schiff* nicht gelten lassen, obgleich er bei grossen Hunden stets gelingt. Dies erklärt sich durch Mitreizung eines schlingenförmig verlaufenden centrifugalen *Lingualis*-Fadens, der zum Ganglion geht. (*Moleschott's* Untersuchungen X., 423—30.)

Das Gehirngewicht einer 100jährigen Frau — wog nach *Rolleston* 45 Unzen, und dies Gewicht entspricht ziemlich genau dem durchschnittlichen Gewichte, welches *Boyd* aus den Wägungen von 24 männlichen Gehirnen über 40 J. fand. (Brit. and for. med. chir. Rev. XXXI. p. 505.)

Earlswood Asylum for Idiots, Redhill — feierte auch in diesem Jahre sein Sommerfest. 3,000 Besucher waren anwesend. Die Anstalt ist bestimmt für 400 Patienten, hat aber gegenwärtig 429 (292



Grundriss der Irrenanstalt zu Northampton.

A. Schütze lith.

Knaben und 137 Mädchen). Nicht weniger als 700 Bittgesuche zur Aufnahme wurden eingereicht und der Vorstand beabsichtigt deshalb eine Erweiterung zu 800 Bewohnern, sobald von den erforderlichen 30,000 Pfd. 10,000 gesammelt sein werden. Die Leitung hat Dr. *Down*. Bei dem Sommerfeste, auf welchem Gegenstände, welche die Bewohner gearbeitet hatten, durch Damen der Nachbarschaft in Zelten verkauft wurden, bildeten Fangball, croquet, ount sally, punch und judy, Wettrennen, Springen, negro melodies, Luftballons, Musik der Coldstream Guards das Tagesprogramm, welches die Besucher mit grosser Befriedigung erfüllte. (!) (The illustr. London news. June 1867.)

Ideler, Aerztl. Bericht über die städtische Irren-Verpflegungs-anstalt pro 1866 (Communalblatt 1867. Nr. 38.). — Bestand Anfang 1865 370 (190 M., 180 W.), aufgenommen 373 (196 M., 177 W.), davon auf polizeiliche Ordre 127 (68 M., 59 W.), durch die Armen-Verwaltung 65 (29 M, 36 W.), aus der Charité 93 (62 M., 31 W.), aus dem Arbeitshause 21 (11 M., 10 W.), aus anderen Anstalten 12 (8 M., 4 W.), aus der Beurlaubung zurückgekehrt 55 (18 M., 37 W.). Von den Aufgenommenen litten an Tobsucht 43 (23 M., 20 W.), an Wahnsinn 30 (14 M., 16 W.), an Melancholie 33 (4 M., 29 W.), an Verrücktheit 95 (49 M., 46 W.), an Blödsinn 90 (57 M., 33 W.), darunter an Blödsinn mit Paralyse 46 (44 M., 2 W.), an Epilepsie mit Geistesstörung 18 (10 M., 8 W.), epileptisch ohne nachweisbare geistige Störung 55 (30 M., 25 W.), an *Delirium tremens* 7 M., als nicht geistesgestört erwiesen sich 2 M., in Summa 373 (196 M., 177 W.). Es gingen ab: geheilt 25 (14 M., 11 W.), wesentlich gebessert 20 (12 M., 8 W.), der Charité zum Heilversuch überwiesen 43 (15 M., 28 W.), nach anderen Anstalten 34 (18 M., 16 W.), in die Heimath 26 (14 M., 12 W.), beurlaubt zu den Familien 121 (65 M., 56 W.), ohne Angabe ausgeblieben 12 (5 M., 7 W.), entwichen 3 (1 M., 2 W.), als nicht geistesgestört entlassen 2 M., gestorben 78 (46 M., 32 W.), wovon 2 an Selbstmord, indem sich ein Mann zur Treppe und ein Weib zum Fenster herausstürzte.

Tobsucht nach heftigem Gemüthseindruck. — Im Dorfe Becher beschlossen 2 Brüder auf die Jagd zu gehen. Ein altes Gewehr wurde hervorgesucht und der Eine schraubt den etwas verstopften Lauf ab und legte ihn, die Mündung der Brust zugekehrt, in den Ofen. Plötzlich krachte ein Schuss, der Lauf hat sich entladen und der davorstehende Bruder sinkt rücklings todt zur Erde. Der An-

dere, welcher am Tische mit Putzen eines anderen Gewehres beschäftigt war, sprang erschreckt auf und verfiel in Tobsucht. Er empfing die aus der Kirche herbeieilenden Leute mit Schreien und schlug wild um sich, so dass er gebunden in ein anderes Zimmer gebracht werden musste. Der Zustand hat sich in den nächsten Tagen noch nicht verändert. (Kreuzzeitung 1867, Nr. 274.)

Aus Wien. — In Nr. 7 der Wiener Med. Wochenschrift, Jahrg. 1867, ladet Reg.-Rath Dr. *Riedel* die Irren-, Gerichts- und Bezirks-Aerzte Nieder-Oesterreichs „zur Gründung eines Vereines für Gerichts- und Irren-Aerzte“ ein, dessen Zweck: „Förderung der wissenschaftlichen Leistungen in der Psychiatrie, geregelte Theilung der Arbeit, Anregung durch collegialen Austausch der Ideen, Mittheilungen über Verhandlungen theoretischer und practischer Fragen des irrenärztlichen und forensisch-psychiatrischen Faches, strebsames Zusammenwirken der Fachgenossen zur Hebung der öffentlichen Irren-Pflege und des Irrenwesens überhaupt sein soll (Auch hierin Trennung?!)

Anstalts-Angelegenheiten in Würtemberg. — Die Zahl der Geistes- und Gemüthskranken ist im Laufe des Jahres in einer Weise gestiegen, dass die Reconvalescenten in den beiden Staatsanstalten entlassen werden mussten, damit den Aufnahmegesuchen einigermaassen entsprochen werden konnte. Der Gedanke, das Schlösschen Mochenthal, O.-A. Ehingen, für eine Irrenanstalt einzurichten, stösst auf entschiedene, z. Th. bauliche Hindernisse. Da die Kammer der Abgeordneten bei der letzten Etatsberathung statt der exigirten Million zur Erbauung einer grossen Irrenanstalt zu Tübingen, die zugleich dem Lehrzweck zu dienen bestimmt gewesen wäre, nur die Hälfte, mit der etwas Erkleckliches nicht ausgerichtet werden kann, verwilligt hat, so wird der Ausweg empfohlen, die Anstalt des Dr. *Landerer* in Göppingen zu erweitern und für die Aufnahme von Staatspfleglingen nutzbar zu machen. (?) (Schwäb. Merkur vom 13. October 1867.)

Vom Reichstage. — Als Seitenstück zu dem Geschick des Prof. *Peithmann* in Berlin, welcher angeblich widerrechtlich 12 Jahre in einer Irrenanstalt in England detinirt gewesen war, sich an das Abgeordnetenhaus wandte und auf dessen Verwendung eine Pension von der Englischen Regierung bezog, sei die Petition des Senators *Brill* in Nordheim an den Reichstag angeführt. Dieser verlangte Befreiung aus dem Hildesheimer Irrenhause, in dem man ihn detinire,

weil er die Bauern des Grafen *Bentheim* gegen ihren Herrn geschützt habe. Petent schreibt mit Bleistift an den Reichstag, weil ihm anderes Schreibmaterial versagt werde, und hat sich in derselben Weise an den Bundeskanzler gewendet Die Commission erklärt sich für nicht competent, diese Petition zu beurtheilen. (Petitions-Commissions-Bericht vom 2. October. Voss. Ztg. Nr. 230.)

Aus London. — *Oxford*, der 1840 auf die Königin schoss, ist nach 27jähriger Haft in einem Irrenhause für Verbrecher freigelassen worden, unter der Bedingung, dass er das Land für immer meide. Die That ist ein Räthsel geblieben, das er selbst durch seine Angaben vor dem Richter nur mit einem unbändigen Durst nach Berühmtheit motivirte. Er hat stets behauptet, die Pistole sei mit keiner Kugel geladen gewesen, in der That ist keine solche auf dem Schauplatze des Attentats aufgefunden worden. Die lange Haft im Irrenhause ist von *Oxford* nicht unbenutzt gelassen worden. Er hat sich dort ziemliche Sprachkenntnisse erworben und zur Erwerbung seines Lebensunterhaltes die Kunst des Holzmachens gelernt. (Kreuzztg. Nr. 285.)

Aus New-York. — Am 1. Juli l. J. gab *William A. Hammond* zu New-York das I. Heft einer Vierteljahrsschrift heraus für psychologische Medicin und medicinische Jurisprudenz.

Es soll diese neue Zeitschrift zunächst umfassen:

1) Original-Artikel über Physiologie und Pathologie des Verstandes und des Nervensystems;
2) eine Auswahl und Uebertragung von Abhandlungen aus fremden Zeitschriften;
3) Besprechungen und bibliographische Notizen;
4) eine Chronik der Physiologie und Pathologie des Verstandes, Nervensystems und der medicinischen Jurisprudenz.

Ullersperger.

Preis - Aufgaben.

Prix Guislain. — „Faire l'exposé des doctrines médicales dont l'ensemble constitue aujourd'hui la psychiatrie." L'auteur discutera leur valeur relative en les comparant, s'il y a lieu, entre elles et avec celles qui ont eu cours antérieurement. Il fera ressortir les progrès qui ont été réalisés, dans ces derniers temps, dans

cette partie de la science, en insistant surtout sur l'influence que les travaux de *Guislain* ont pu avoir sous ce rapport.

Les mémoires doivent être adressés, franco, avant le 1er oct. 1869 à M. les président ou Secret. de le société. Prix: Medaille d'or de la valeur de 500 frcs.

Die *Acad. royale de médecine de Belgique* hat als Preis-Aufgabe aufgestellt: Recherches quelles sont les fonctions dévolues aux diverses parties de l'encéphale, en prenant pour bases de ces investigations des expériences sur les animaux vivants, des observations cliniques et nécroscopiques, ainsi que des données fournies par l'histologie et l'anatomie comparée. Prix: une medaille de 1,500 frcs. Bis zum 1. April 1868 abzugeben lateinisch, französisch oder flämisch an das Secretariat, place du Musée Nr. 1 in Brüssel.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Maeder*, Director des Genesungshauses in Roda, hat den Charakter als Sanitätsrath erhalten.

Dr. *von Gellhorn*, bisheriger Assistenzarzt an der Provinzial-Irrenanstalt zu Halle, ist zum 2. Arzte derselben ernannt worden.

Dr. *Domrich*, Leibarzt und Ober-Medicinalrath zu Meiningen, hat den Kronenorden 3ter Klasse erhalten.

Erklärung der Taf. XI.

1. Magazin-Vorrathszimmer. 2. Büreau. 3. Backhaus. 4. Speisekammer. 5. Gemeinsames Schlafzimmer. 6. Wärterin-Esszimmer. 7. Küche. 8. Hof für Brennmaterial. 9. Wasserbehälter. 10. Anrichtezimmer. 10. Esssaal und Erholungszimmer. 12a. Lesezimmer. 12b. Bibliothek. 13. Gemeinsames Schlafzimmer. 14. Gemeinsamer Schlafsaal für 7 Betten. 15. Gemeinsamer Schlafsaal für 13 Betten. 16. Gemeinsamer Schlafsaal für 18 Betten. 17. Gemeinsamer Schlafsaal für 5 Betten. 18. Gemeins. Schlafsaal für 3 Betten. 19. Wärterzimmer. 20. Einzelne Schlafzimmer. 21. Vorrathsraum für die Wärter. 22. Gang, Corridor. 23. Badezimmer. 24. Wohnzimmer. 25. 6 Betten unter Bewachung od. 6 Betten für Pfleglinge. 26. Empfangs- und Besuchszimmer. 27. Portier. 28. Apotheke. 28. Consultationszimmer. 30. Bote. 31. Corridor. 32. Halle, Saal. 33. Büreau

des Directors. 34. Speisezimmer. 35. Untere Passage. 36. Wohnung f. d. Nachtwachenden. 37. Waschplatz. 38. Zimmermann-, Tischler- und Kunsttischler-Werkstatt. 39. Factorzimmer. 40. Klempner. 41. Durchgang. 42. Heizerzimmer. 43. Schmidt. 44. Arbeits- und Holzhof. 45. Farbe- u. Vorrathsraum. 46. Zimmermann- u. Maler-Werkstatt. 47. Werkstatt. 48. Hof. 49. Hinterer Eingang. 50. Oberwärter-Wohnung. 51. Gärtner-Wohnung. 52. Gebrauchte Wäsche der Männer. 53. Waschhaus für Frauen. 54. Arbeitshof. 55. Brauerei. 56. Schuhmacher. 57. Segeltuchmacher. 58. Schneider. 59. Maschinenaufseher-Zimmer. 60. Hof zum Trocknen 61. Maschinenraum. 62. Waschhaus. 63. Zimmer zum Rollen. 64. Plättzimmer. 65. Seifzimmer. 66. Zimmer zum Empfange der Wäsche. 67. Esszimmer. 68. Hof, Werkstätte. 69. Eingangshaus. 70. Hühnerhof. 71. Müllgrube. 72. Des Directors Viehhof. 73. Remise. 74. Stall. 75. Futterraum. 76. Kirche.

Inhalt.

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin.

Allgemeine Zeitschrift

für

Psychiatrie

und

psychisch-gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

unter der Mit-Redaktion von

Flemming und Roller

durch

Heinrich Laehr.

Vierundzwanzigster Band.

Supplement-Heft.

Mit 1 Grundrisse u. 9 Holzschnitten.

Berlin.

Verlag von August Hirschwald.

1867.

Redaction:

Dr. Flemming, Geh. Med.-Rath, gew. Dir. d. Irrenheil-anstalt Sachsenberg bei Schwerin in Mecklenburg.
Dr. Roller, Geheimer Rath, Dir. d. Heil- u. Pflegeanstalt Illenau im Grossherzogth. Baden.
Dr. H. Laehr, Sanit.-Rath und Dir. d. Asyls Schweizerhof bei Berlin.

Herausgeber und Mitarbeiter:

Herr Dr. Ameluug, Arzt der Irrenpflege- u. Siechen-Anstalt Hayna in Kurhessen.
- - Basting, Hülfsarzt an der Irrenanstalt Eichberg und Arzt der Strafanstalt Eberbach.
- - Bernhardt, Dir. d. Prov.-Irren-Heil- u. Pflegeanstalt Allenberg b. Wehlau.
- - Beschorner, San.-Rath u. Dir. d. Prov.-Heilanstalt zu Owinsk.
- - Besser, Dir. d. Priv.-Irrenanstalt zu Pützchen bei Bonn.
- - Binswanger, Dir. d. Asyls Villa Bellevue in Kreuzlingen am Bodensee.
- - Brosius, Dir. einer Priv.-Anst. zu Bendorf bei Coblenz.
- - Brückner, Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Schwetz.
- - v. dem Busch, prakt. Arzt in Bremen.
- - Czermak, Director d. k. k. Irrenanstalt zu Brünn.
- - Delbrück, San.-Rath, Physicus d. Saalkreises u. Arzt a. d. Straf-Anstalt zu Halle.
- - Dick, Dir. d. rheinbaiersch. Irrenanst. z. Klingenmünster.
- - Dietrich, Vorst. einer Priv.-Irrenanstalt zu Pirna.
- - Domrich, Hof- und Ober-Med.-Rath, Leibarzt zu Meiningen.
- - v. Dreer, (Fr. Ritter), Dir. d. Irrenanst. zu Triest.
- - Droste, Sanitätsrath in Osnabrück.
- - Ellinger, Dir. d. Priv.-Anst. zu Wyl, St. Gallen.
- - Herm. Engelken, Dir. d. Priv.-Anst. zu Rockwinkel bei Bremen.
- - Erhardt, Prof. d. gerichtl. Medicin zu Kiel.
- - Eschenburg, Arzt an d. Irrenanstalt zu Lübeck.
- - Everts, dir. Arzt d. Irrenanst. Meer en Berg b. Haarlem.
- - de la Faille, Prof. an der Universität in Gröningen.
- - Feith, prakt. Arzt in Cöln.
- - Finkelnburg, Physikus u. Arzt d. Wasser-Heil-Anst. Godesberg bei Bonn.
- - Fischel, Priv.-Doc., früher Arzt der k.-k. Irren-Heil- u. Pflegeanstalt zu Prag.
- - Fischer, Geh. Hofrath, Direct. der Heil und Pflegeanstalt zu Pforzheim.
- - Focke, pract. Arzt in Coblenz.
- - A. v. Franque, pract. Arzt in München.
- - van Geuns, Prof. d. Path. u. ger. Medizin am Athenäum zu Amsterdam.
- - Greeser, Medic.-Rath und Dir. d. Irrenanstalt Eichberg (Nassau).
- - Griesinger, Geh. Rath, Prof. an der Universität, dirig. Arzt der Irrenabth. der Charité in Berlin.
- - Gudden, Dir. d. Irrenanst. zu Werneck b. Würzburg.
- - Göotz, Med.-Rath, auf Günz[illegible] bei Meissen.
- - Th. Güntz, Dir. der Priv.-Irrenanst. zu Thonberg.
- - A. Gutsch, Medicinal-Rath in Bruchsal.

Geschichte und Statistik

der

westfälischen Provinzial - Irrenanstalt

Marsberg,

mit Rücksicht auf die Statistik anderer Anstalten.

Von

Dr. Koster, Sanitätsrath und Director

und

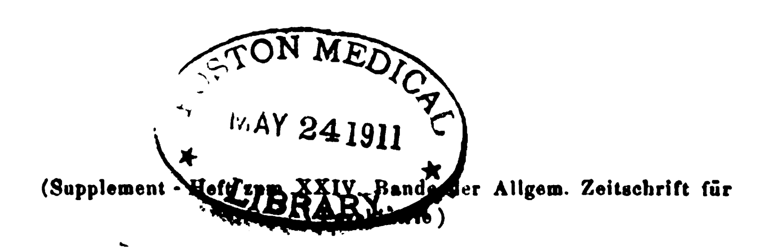
Dr. Tigges, zweitem Arzte der Anstalt.

Mit einem Grundrisse und 9 Holzschniten.

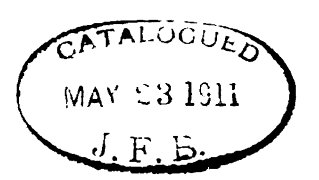
Berlin.

Verlag von August Hirschwald.

1867.



(Supplement - Heft zum XXIV. Bande der Allgem. Zeitschrift für
…rie.)



Inhalt.

Geschichte der westfälischen Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg.

Von Dr. **Koster.**

Dritter Abschnitt. Vom Bau der Heilanstalt bis zur Eröffnung der 2ten westfälischen Irrenanstalt. 1834—1864.

Statistik, betreffend 3,115 Aufnahmen in Marsberg, nebst vergleichender Statistik der der eigenen Untersuchung unterworfenen Verhältnisse.

Von Dr. **Tigges.**

---

habenden, Ackerbau treibenden Bevölkerung mit Vorurtheilen etc. verringern die Aufnahmen in hohem Grade. Grössere Wohlhabenheit bei grösserer geistiger Regsamkeit (Industrie), grössere Bekanntschaft mit den Verhältnissen der Anstalt steigern am meisten die Aufnahmen. Ein grosses Gewicht kommt einer vollkommenen Administration zu. Das Verhältniss der eingelieferten Fr. : M. ist ein gutes Reagens für den Grad der Benutzung der Irrenanstalt überhaupt für die einzelnen Bezirke. Folgerungen aus dem Gesagten betreffs der Lage der Anstalt, des Zahlungsmodus . . . . S. 144

Confessionen. Die Juden haben im Verhältniss zur Bevölkerung am meisten Geisteskranke eingeliefert, dann die Katholiken, zuletzt die Evangelischen. Die Gründe scheinen für die Christen in den vorhin auseinandergesetzten Einlieferungs-Verhältnissen der Regierungs-Bezirke und Kreise zu liegen. Bei den literären Zusammenstellungen überwiegen die Juden bedeutend, das Verhältniss der christlichen Confessionen wechselt, meist überwiegen die Evangelischen. Prüfung unserer Resultate nach der *Poisson*'schen Formel . . . . S. 155

Erblichkeit, je nach der Art der erblichen Krankheit und dem Grade der Abstammung. Genaue Beschreibung des Modus der Festsetzung derselben. Resultat: Erbliche = 41,4 pCt. (M. 41,6, Fr. 41,2). Prüfung der Verhältnisse, namentlich der Einzelresultate, nach den *Poisson*'schen Formeln. Literäre Zusammenstellungen. Die grossen Abweichungen der Erblichkeitsziffer haben ihren hauptsächlichsten Grund in den mangelhaften Nachrichten, in der Ausdehnung des Verwandtschaftsgrades und in der Ausdehnung der Eigenthümlichkeiten der Verwandten, je nach den einzelnen Berichterstattern. Die Verschiedenheiten nehmen ab bei den am genauesten definirten und am leichtesten zu ermittelnden Verhältnissen, directer Erblichkeit von Geisteskrankheiten, Angeborensein (wo nur *Stewart* eine Ausnahme macht), indirecter Erblichkeit. Für die meisten Einzelkategorieen und für die Gesammtheit stellt sich ein Uebergewicht der Fr. heraus.

Allgemeines. (Folgerungen aus den in den Anstalten erhobenen Resultaten für die betreffenden Verhältnisse in der Bevölkerung. Einzelne Eigenschaften der Erkrankten, Geschlecht, Wohnort, Wohlhabenheit etc. verhindern oder beschleunigen die Aufnahme in die Anstalt, so dass die betreffenden Verhältnisse der Aufgenommenen keinen Rückschluss auf die der Bevölkerung erlauben. Dagegen ist die S. aller Aufgenommenen als unter einer geschlossenen Gesammtheit von Ursachen stehend zu denken, die bei einem zufällig

herausgenommenen, hinreichend grossen Theile derselben in derselben genauen Weise wiederkehrt. Eine Reihe von Beweisen dafür. Daher ergiebt sich der Werth einer Prüfung eines hinreichend grossen Theiles für das Ganze. Aus dem Grunde hat man sich bei Untersuchungen über Erblichkeit, Lebensalter, Krankheitsdauer etc. nur an den mit genauen Nachrichten versehenen Theil zu halten und den übrigen ganz aus der Berechnung auszuscheiden, wenn man genaue, für das Ganze maassgebende, Resultate haben will. Cautelen hierbei. Erörterung der Frage, ob durch die verschiedene Betheiligung einzelner Kategorieen der Bevölkerung an den Aufnahmen auch die allgemeinen Verhältnisse der geistig erkrankten Bevölkerung, Lebensalter, Erblichkeit, Genesungen je nach der Krankheitsdauer etc. beeinträchtigt werden. Die der gewöhnlichen Spitalpraxis anklebende Unzulänglichkeit, bezüglich ihrer Verwerthung für die ganze Bevölkerung, wegen localer, endemischer, epidemischer Verhältnisse, der Ansammlung bestimmter Lebensalter, Bevölkerungstheile, Professionen etc. finden betreffs der Provinzial-Anstalten nur in geringem Maasse oder gar nicht statt. Vorzüge der letzteren. Analogieen aus anderen Gebieten der Statistik, wo von einem genau durchforschten Theile auf das Ganze geschlossen wird. Grenzen des Werthes der in Anstalten erhaltenen Resultate. Verschiedene Gestaltung der dort erhaltenen Resultate bei wesentlich gleichen Verhältnissen.) Abschätzung des väterlichen und mütterlichen Einflusses auf die Descendenz und jedes auf die Söhne und Töchter nach eigenen Zahlen und einer Reihe literärer Angaben. Methode der Berechnung. Directe Erblichkeit von Geisteskrankheiten. Bei ihr überwiegt der mütterliche Einfluss, trotz eines geringen Schwankens, bedeutend (ist = 140—150, wenn der väterliche = 100). Dass bei mütterlicher Abstammung mehr Personen in einer Familie ergriffen werden, als bei väterlicher, ist nicht constant. Der väterliche Einfluss überwiegt auf die Söhne, der mütterliche auf die Töchter, wobei die Grösse des Uebergewichts jedoch einige Schwankungen zeigt. Bei Vergleichung der Söhne mit einander, je nach väterlicher oder mütterlicher Abstammung, stellt sich ein Uebergewicht der Fr. auch für die Söhne heraus, während es für die Töchter bis auf die doppelte Höhe steigt. Auch wirkt der väterliche Einfluss zugleich auf mehr Söhne, der mütterliche auf mehr Töchter. Bei indirecter Erblichkeit folgt Marsberg im Princip dem Verhalten bei directer Erblichkeit, *Jung* zeigt Abweichungen, und zwar nach derselben Richtung, wie bei directer Erblichkeit. Bei Krankheiten des Nervensystems in der Ascendenz überwiegt

der väterliche Einfluss auf die Nachkommenschaft, ferner der mütterliche Einfluss auf die Töchter, während das Geschlechts-Verhältniss der Kinder bei väterlichem verschieden ist. Das Uebergewicht des väterlichen Einflusses findet vielleicht in der Quantität, nicht in der Qualität der Erblasser, seine Erklärung. — Bei einer Vergleichung ohne Unterscheidung des Grades der Verwandtschaft und der Art der erblichen Krankheit ergiebt sich mit nur 1 Ausnahme ein Uebergewicht des mütterlichen Einflusses, jedoch in verschiedenem Grade, ferner ein Uebergewicht des väterlichen Einflusses auf die Söhne, des mütterlichen auf die Töchter, beiderseits in verschiedenem Abstande. Der letztere Gegensatz ist jedoch, mit 1 Ausnahme, bedeutender, als der erstere. Die Grösse des mütterlichen Einflusses auf die Descendenz gegen den väterlichen, ebenso die Ziffer für die Söhne bei väterlicher und für die Töchter bei mütterlicher Abstammung gegen das andere Geschlecht nehmen mit geringen Ausnahmen in derselben Reihenfolge zu, als der Procent-Satz der verheiratheten Fr. gegen die M. in der betreffenden geisteskranken Bevölkerung zunimmt. Da der Grund für letzteres Verhältniss in dem verschiedenen Heirathsalter der Geschlechter gegen einander zu liegen scheint, so könnte man darin auch den Grund für jene Erscheinungen der Erblichkeit suchen. Dagegen erheben sich jedoch Bedenken. Es ergeben sich aus diesen Entwickelungen einige Gesichtspunkte für die verschiedene Gestaltung der Erblichkeitsziffer je nach den Geschlechtern für verschiedene Bevölkerungen. Sie betreffen die verschiedene Grösse des väterlichen und mütterlichen Einflusses und beider auf das Geschlecht der Descendenz je nach der Ziffer der verheiratheten geisteskranken Fr. gegen die M. einer Bevölkerung, und die hier stattfindenden Verschiedenheiten je nach dem Grade der Erblichkeit und der Art der erblichen Krankheit. — Abschätzung des Einflusses der Erblichkeit auf Hervorbringung von Geistesstörungen, aus der durchschnittlichen Dauer aller Geisteskrankheiten, der in der Bevölkerung vorhandenen Irrenzahl, den unter dieser anzunehmenden Verheiratheten und Verwittweten, der bei ihnen anzunehmenden Nachkommenschaft und unseren Zahlen für directe Erblichkeit. Es ist danach wenigstens anzunehmen, dass die Kinder mit Geisteskrankheiten in der directen Ascendenz circa 150mal mehr disponirt sind. — Grosse Abschwächung des erblichen Einflusses bei indirecter Erblichkeit. — Bei Betrachtung der anderweiten Krankheiten des Nervensystems in der Ascendenz der Aufgenommenen und der Art der Nervenkrankheit der Geschwister derselben je nach der Ascendenz ergiebt sich die grosse

Neigung der Krankheiten des Nervensystems, sich gerade in derselben speciellen Form fortzupflanzen.

Morel's System von den erblichen Geisteskrankheiten, als einer allmähligen, fortschreitenden Entartung, in 4 Stufen. Kritik seines Systems nach seinen theoretischen Aufstellungen und seinen Krankengeschichten. Es findet weder eine durchzuführende Scheidung der Ergriffenen je nach den geistigen Eigenthümlichkeiten vor der Erkrankung, nach der Form der Erkrankung, nach der Art der Erkrankung der Geschwister und gleichstehender Seitenzweige, nach der Zahl der ergriffenen Generationen und Art der Erkrankung in der Ascendenz bei seinen einzelnen Krankheitsstufen statt. — Kategorisirung unserer Aufgenommenen je nach den geistigen Eigenthümlichkeiten vor der Erkrankung für diejenigen Fälle, für welche anscheinend zuverlässige und hinreichend genaue Angaben vorlagen: 1. Klasse: Gut begabt. — 2. Klasse: Abnormitäten des Gemüths und Temperaments, Reizbarkeit, Unstetigkeit, Ausschweifungen, moralische Mängel etc. — 3. Klasse: Mittelmässige und schwache intellectuelle Begabung, ohne sonst hervortretende Eigenthümlichkeiten. — 4. Klasse: Auffallende Abnormitäten des Gemüths, Charakters, der Lebensführung, die sehr prädisponirten Individuen. — 5. Klasse: Unzuverlässige oder mangelnde Nachrichten mit 62—77 Procent. — Resultat: Der bei weitem grösste Theil der Erkrankten mit erblicher Anlage bietet eine auf spätere Erkrankung deutende ursprüngliche Veranlagung nicht dar. Es macht sich jedoch sowohl die 1. Klasse, ursprünglich gute Veranlagung, als auch die 2., 3. und 4., diese letztere sehr charakterisirte Kategorie, in sehr ausgesprochenem Grade bei den Erblichen mehr geltend, als bei den Nichterblichen. — Die Heilungen nehmen ab von der 1. bis zur 4. Klasse, bei der 1. Klasse überwiegen die Nichterblichen, bei den anderen, namentlich der 4., die Erblichen. — Bezüglich der Verschiedenheiten der Ascendenz rufen in der folgenden Reihenfolge die Geisteskrankheiten direct von beiden Seiten, direct von einer Seite, indirect, mehr als die anderen Krankheiten des Nervensystems einen ungünstigen Zustand der Descendenz hervor (Klasse 4. und 2., in der letzten steht der Blödsinn oben an), erzeugen jedoch die intellectuelle Schwäche weniger (Blödsinn oben an), begünstigen theilweise mit den psychisch zweifelhaften Zuständen eine gute Veranlagung, liefern mit diesen höhere Heilungs-Procente, und eine höhere Anzahl mit erkrankter Geschwister. — Bei Vorkommen von Geisteskrankheit in 2 und 3 vorangehenden Generationen sind manche Eigenthümlichkeiten der Erblichkeit in um so höherem Grade ausgeprägt:

grössere Entartung der Descendens (Klasse 2., 3. und 4., besonders letztere), grössere Tendenz zur Genesung, geringere zum Sterben, Neigung in früherem Lebensalter zu erkranken. — Die Vergleichung der Confessionen hinsichtlich der Erblichkeit giebt wenig Ausbeute. — Erblichkeit bei Epilepsie und angeborenem Blödsinn. Bei beiden überwiegen in der Ascendenz die anderweiten Krankheiten des Nervensystems, ausser Geisteskrankheiten, entgegen dem Verhalten bei Geisteskrankheiten . . . . S. 161

Lebensalter. Grösse, Verschiedenartigkeit, theilweises Entgegenstehen der Folgerungen, die aus dem angenommenen Lebensalter gemacht werden. Kritik der Methode der Feststellung. Es müssen die Epileptischen und Idioten ausgeschieden, es muss das Alter der Erkrankung festgestellt, es dürfen nur die ersten Anfälle berücksichtigt werden. — Literäre Angaben des Alters der Aufnahmen in 3 Kategorieen je nach den Altersstufen, auf welche der grösste, zweit- und drittgrösste Antheil der Aufnahmen fällt. Meist steht in erster Reihe 30—40 Jahre. Ebenso solche Verschiedenheiten der Geschlechter. Meist fallen die Fr. später als die M. Abweichungen des Procent-Antheils derselben Altersstufen bei verschiedenen Anstalten. Erörterung der Nothwendigkeit, der obigen Kritik bei Feststellung des Lebensalters Genüge zu leisten. Genaue Auseinandersetzung unserer Methode bei Festsetzung der Tabelle des Lebensalters. Charakteristik unserer Tabelle. Nach Jahrfünften steht am höchsten das von 21 bis 25 Jahren, von da nach abwärts allmähliger Abfall, doch steht das Alter von 15—20 Jahren in 3. Reihe. Vor dem 35. Jahre überwiegen die M., nach demselben die Fr. Literäre Zusammenstellung bezüglich des Alters der Erkrankung, theils des 1. Anfalls, theils dessen, der zur Aufnahme gelangte, theils des Bestandes zu einer bestimmten Zeit. Es ergiebt sich eine sehr grosse Uebereinstimmung der Tabellen mit gleichem Gesichtspunkte. Einige Verschiedenheiten, die sich auch nicht aus den Bevölkerungs-Verschiedenheiten erklären lassen, zeigen sich jedoch, namentlich bezüglich der Geschlechts-Verhältnisse. Verschiedenheit des Lebensalters bei den Erblichen und Nichterblichen. Die Erblichen überwiegen bis zum 30. Jahre, theilweise sehr bedeutend, nach dem 31. Jahre die Nichterblichen, theilweise sehr bedeutend. Die Curve der Erblichen steigt und fällt schneller. — Bezüglich der Geschlechter gilt bei den Nichterblichen genau die obige Regel. Es tritt ausserdem ein stärkeres Anschwellen der Fr. von 36 bis 40 Jahren hervor. Bezüglich der Erblichen überwiegt bei den Fr. der Erblichkeits-Einfluss über den Geschlechts-Einfluss, so dass

das Verhältniss der betreffenden Curven zu einander sehr unregelmässig wird. Das dem Obigen analoge stärkere Hervortreten der Fr. findet von 26—30 Jahren statt. — Vergleichung der Curven der M. je bei den Erblichen und Nichterblichen, und ebenso bei den Fr. Es finden sich die charakteristischen Unterschiede bei den M. weniger, bei den Fr. um so mehr, als Folgerung aus dem Früheren. Die litterären Angaben zeigen überall eine Uebereinstimmung mit den Daten von Marsberg. Nur macht Schlesien für das Geschlechts-Verhältniss die principielle Abweichung, dass, wie überhaupt, so auch für die Erblichen und Nichterblichen, die Fr. früh überwiegen. Beziehung des Lebensalters der Erkrankung zu den betreffenden Altersstufen der gesunden Bevölkerung. Tabelle des Lebensalters der Bevölkerung von Westfalen und Kritik derselben. Exacter Zahlenausdruck für die Disposition der Lebensalter. Das am meisten disponirte Alter ist das von 21—25 Jahren. Es folgt in hinreichend markirtem Abfall das von 26—30, noch mehr abfallend das von 31—40, sehr abfallend das von 41—50 Jahren. Die Stufe von 15-20 Jahren in 5ter Reihe. Die M. bieten diese Unterschiede in um so höherem Grade, die Fr. dagegen sind von 21—40 Jahren mehr gleich und zeigen von 41—50 Jahren keinen so bedeutenden Abfall. Die genauere Analyse des letzteren Verhältnisses zeigt, dass bei den nichterblichen Fr. ein 1. Maximum vom 21. bis 25. Jahre, ein 2. vom 36. bis 40. Jahre, bei den erblichen eine bedeutende Höhe vom 21. bis 25. Jahre, die grösste vom 26. bis 30. Jahre, jener späteren der nichterblichen vom 36. bis 40. Jahre entsprechend, dass ferner der Abfall für die späteren Jahre nicht so markirt stattfindet, und daher das obige Resultat sich erklärt. Das Alter der Pubertätsentwickelung und der Decrepidität macht sich nicht durch besondere Zahlen bemerkbar. Folgerungen bezüglich der zu Geistesstörung besonders disponirenden Momente. Die psychischen etc. Ursachen machen sich wenig durch Zahlen bemerkbar. Die organischen Processe, an die hauptsächlich inneren Lebensbedingungen des Individuums geknüpft, welche den Eintritt in die Höhe der geistigen und körperlichen Entwickelung, und beim Weibe den Austritt aus derselben begleiten, sind das Maassgebende. Bei den Erblichen ist die ganze Entwickelung der Geisteskrankheiten vorgeschoben, kommt früher zum Ausbruch und zum Abschluss . . S. 237

Civilstand. Die ledigen Männer überwiegen bei einer Reihe litterärer Zusammenstellungen mit eigenen Zahlen mit nur 1 Ausnahme die Summe der Verheiratheten und Verwittweten, meist bedeutend. Bei den Frauen überwiegen die Ledigen meist über

die Verheiratheten, werden jedoch in der Hälfte der Angaben übertroffen von der Summe der Verheiratheten und Verwittweten. In der Literatur sich findende Gründe für die angenommenen Verschiedenheiten. Vertheilung des Civilstandes der über-14jährigen Personen in den einzelnen Provinzen etc. Genauer Zahlenausdruck für die Häufigkeit der Erkrankung des einzelnen Civilstandes mit Rücksicht auf die Bevölkerung. Die Ledigen überwiegen darnach über die Verheiratheten, bei den Männern in höherem Grade. Das Verhältniss der Verwittweten ist wechselnder, die Wittwen liefern höhere Zahlen, als die Wittwer, beide überwiegen meist über die Verheiratheten, zuweilen auch über die Ledigen. Aus dem Schwankenden aller Zahlen drängt sich die Vermuthung auf, dass der Stand zum Zustandekommen der Geisteskrankheiten etwas mehr Zufälliges sei. *Hagen*'s Ansicht, das Uebergewicht der Ledigen rühre von der Anhäufung ungeheilter Lediger. Prüfung dieser Ansicht nach 2 Methoden: Rubricirung des Materials je nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme (—1, —3 und über 3 Jahre) und den Altersstufen (—30, —50, über 50 Jahre), und nach den Heilungs-Verhältnissen auf den einzelnen Altersstufen, je nach Ledigen und Verheiratheten + Verwittweten. Es ergiebt sich dann, dass für die frischen Fälle allein das Uebergewicht der Ledigen bei den Männern in namhaftem Grade bleibt, weniger jedoch bei den Frauen, dass bei den ledigen Männern die bis zu 30 Jahren Erkrankten sich besonders an den alten Fällen betheiligen, weniger die Frauen dieser Stufe, dass beide Geschlechter dieser Stufe die Verheiratheten von 30—50 Jahren, welche den Ausschlag geben, überragen, dass bezüglich der Frauen jedoch der grösste Theil alter Fälle verhältnissmässig von den 30—50jährigen Ledigen geliefert wird. Das Resultat ist, dass das Uebergewicht der Ledigen, im Verhältniss zur Bevölkerung auch nach Abzug jener Angehäuften, für die Männer in höherem, für die Frauen in geringerem Grade bestehen bleibt. — Der Maassstab zur Aufklärung dieses Verhältnisses ist das Lebensalter, eines Theils der Erkrankung je nach dem Civilstande, anderen Theils der Altersstufen der Bevölkerung je nach dem Civilstande. Indem die Männer vom 21. bis 25. Jahre ihr Maximum der Erkrankung erreichen, und von da an beständig und bedeutend abnehmen, indem ferner die früheren Altersklassen ausserordentlich überwiegend den ledigen M. angehören, müssen diese natürlich überwiegen. Verschiedenheiten verschiedener Bevölkerungsganzen bezüglich erkrankter Ledigen und Verheiratheten, trotz gleicher Verhältnisse derselben in der Bevölkerung, erklären sich so aus dem verschiedenen Heirathsalter,

derselben Periode festgestellt bis zum Termine der Entlassung. Es überwiegen hier die Frauen gleichmässiger und in höherem Grade, als bei der früheren Festsetzung, so dass die Frauen nach der Genesung länger in der Anstalt bleiben. Die mittlere Krankheitsdauer ist um 1 Monat 21 Tage länger als früher, mehr länger bei den Frauen. Tabelle der früheren Perioden, nach dem Termine der Entlassung festgestellt. Es treten dabei die bis 6-monatlichen Fälle zurück, besonders bei den Frauen. Die längeren Dauern werden von den Frauen geliefert, die allerlängsten jedoch zum Theil von den Männern. Gründe der Abweichungen: Es wurden früher weniger frische Fälle eingeliefert, namentlich bei den Frauen, die Aufenthaltsdauer war länger, die Periodischen (namentlich Männer) sind früher weniger streng ausgeschieden. Der Schluss ist nicht erlaubt, dass die Frauen in der ersten Zeit weniger schnell genesen. Mittlere Krankheitsdauer der früheren Perioden. Sie ist länger und namentlich bei den Männern. Rubricirung der Formen der Fälle mit mehr als 1jähriger Krankheitsdauer für 1861—64; namentlich Erblichkeit von Einfluss. Scrupel bezüglich der Genesung von Fällen mit längerer Krankheitsdauer. — Vergleichung der in der Literatur vorhandenen Angaben über Aufenthaltsdauer bei Genesenen mit unserer Tabelle der Krankheitsdauer bis zur Entlassung. Bei gleichen Verhältnissen muss für die früheren Zeiträume die Tabelle der Aufenthaltsdauer eine Zeit lang grössere Werthe ergeben, für die folgenden die Krankheitsdauer. Nachweis des nothwendigen Mangels an voller Uebereinstimmung der Tabelle der Aufenthaltsdauer wegen der verschiedenen Grösse derselben je nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme. Bei Vergleich jener Angaben mit unseren Daten nach obiger Methode ergiebt sich bei einem Theil für die früheren Zeiträume —6 Monat Uebereinstimmung, bei einem anderen viel höhere Procente, bei diesen auch bis 3 Monat, bei diesen überhaupt höhere absolute Genesungs-Procente. Dies sind die Anstalten grosser Städte, sogenannte reine Heilanstalten. Von 1 bis 2 Jahren haben wir mehr, nachher weniger Genesungs-Procente als jene. Letzteres wegen dort nicht ausgeschiedener Periodischer und nicht strengen Begriffs der Genesung. Bis zu 6 Monaten, noch mehr bis zu 3 Monaten überwiegen die Männer, von 6—12 Monaten, sowie von 1—2 Jahren überwiegen die Frauen. Von 2 bis 5 Jahren überwiegen die Männer. Diese bisherigen Regeln haben verhältnissmässig wenig Ausnahme. Nach 5 Jahren ist das Geschlechtsverhältniss schwankend. Die literären Data über Krankheitsdauer liefern ähnliche Ergebnisse, zeigen ausserdem den be-

— 23,2; B III 21,8 pCt. (Für Letzteres geringes Zurücktreten der Frauen.) — Literäre Zusammenstellungen. Grosse Uebereinstimmung bei hinreichend genauen Nachrichten. — Zusammenstellung der Gesichtpunkte, welche die Genesungsresultate in übereinstimmendem Werthe erscheinen lassen, nebst Beweismitteln. — Erbliche und Nichterbliche. Verschiedenheit der literären Angaben. Die Resultate für die oben erörterten Gesichtspunkte I, II, III, A und B kehren sowohl für Erbliche, als Nichterbliche in derselben Weise wieder. Für I und II, A und B überwiegen die Erblichen, ebenso noch in A III, in B III sind beide fast gleich. — Prüfung der Zahlen nach den *Poisson*'schen Formeln. Beweismittel für deren Unzulässigkeit als Beweismittel für die Existenz eines auf verschiedene Ursachen deutenden Unterschieds. — Genesungen nach den Altersstufen der Erkrankung für die 1. Anfälle. Die Frauen überwiegen. Bei den Männern ist das Maximum von 21—25 Jahren, dann folgt 15—20, dann die späteren. Vom 56. Jahr bedeutender Nachlass. Bei den Frauen sind 15 bis 20 und 21—25 gleich, dann allmähliger Nachlass, vom 51. Jahre ab bedeutend. Das Alter von 36—40 Jahren sehr niedrig. Bei Vergleichung der Geschlechter überwiegen in den früheren Jahren die Frauen, in den späteren die Männer. Diese Resultate sind der Frequenz der Erkrankung vielfach entgegengesetzt. Literatur. Kritik der befolgten Methoden. Gründe der vorhandenen Verschiedenheiten. Namentlich ist bei der Berechnung nach den Aufnahmen der Gegensatz zwischen frühen und späten Altersstufen weniger ausgesprochen, als nach dem Alter der 1sten Erkrankung. Es zeigt überall die Stufe von 31—40 Jahren, nur 1 Mal die von 41—50 Jahren einen besonders niedrigen Satz, jedoch überall, mit Ausnahme von Marsberg, durch die Männer, also wahrscheinlich durch Paralyse bedingt. Der Gegensatz der Geschlechter ist meist wie in Marsberg. — Erbliche und Nichterbliche bieten wenig prägnante, die Geschlechter dagegen beiderseits die oben hervortretenden Unterschiede. Mehrfacher Gegensatz gegen das Alter der Erkrankung. Altersstufen, die dort (Erkrankung) sehr stark vertreten waren, sind hier schwach. Dort überwiegen in den jüngeren Jahren die Männer, hier die Frauen. Dort Ueberwiegen des Erblichkeitseinflusses über den des Geschlechts, hier umgekehrt . . . . S. 365

Wiederholte Erkrankungen nach vorher stattgefundener Genesung. Methode. Es ist festzustellen, wie viele von den zum ersten Mal Genesenen zum ersten Mal rückfällig werden, und dann so fort. So betragen sie für A. (Acten der Anstalt) 23,9, für B.

(Anfälle auch ausserhalb) 40,7 pCt. Bei A. überwiegen die Männer, bei B. die Frauen (frühere Folgerung). Literäre Zusammenstellung, je nach den von den Genesenen rückfälligen Personen und den in letzter Instanz Genesenen. Je genauer die Nachrichten, um so mehr findet sich das Verhältniss von Marsberg B. und ein noch höheres, ebenso das dortige der Geschlechter. — Die Erblichen liefern bedeutend mehr Rückfälle und Periodische, als die Nichterblichen. Bezüglich der Geschlechter gilt beiderseits das frühere. — Mit jeder folgenden Erkrankung nimmt die Prädisposition zu. — Intervall bis zur erneuerten Erkrankung. Die Frauen stellen bis zu 1 Jahr einen geringeren Procent-Satz ihrer Gesammtzahl, als die Männer. Ebenso die Erblichen vor den Nichterblichen, die wiederholten Rückfälle vor den ersten. Doch ist schon bis zu 1 Jahr die Zahl der gestellten Rückfälle bei den Erblichen grösser, als bei den Nichterblichen, ebenso bei den wiederholten vor den ersten. Das durchschnittliche Intervall ist bei den Nichterblichen und wiederholtem Rückfall grösser. Durchschnittlich unter 4 Jahr. Procent-Satz der Rückfälle nach 1, 2 und 10 Jahren. — Alters-Tabelle der Rückfälle. Bevorzugung der späteren Altersklassen, doch tritt die Disposition der früheren noch hervor. Geschlechtsunterschied nicht so prägnant, die Frauen überwiegen schon bis 25 Jahr. Erblichkeitsunterschied sehr ausgesprochen im Sinne der 1sten Anfälle. — Das Genesungsverhältniss ist günstiger als für die 1. Anfälle, besonders für die Frauen, ist eine Zeit lang mit Wiederholung der Rückfälle günstiger. Der Unterschied zwischen Erblichen und Nichterblichen kehrt im Allgemeinen wieder, wie bei den 1. Anfällen. — Exacter Zahlenausdruck für die durch einen erstmaligen etc. Anfall gesetzte Prädisposition, berechnet aus der durchschnittlichen Krankheitsdauer, durch Zählung ermittelten Irrenzahl, durchschnittlichem Intervall bis zum Eintritt des Rückfalls, Procenten der Rückfälle. Bei mässigen Annahmen ist sie nach dem 1. Anfall ca. 300 Mal so gross, als ohne solchen, nach Verlauf von 10 Jahren noch ca. 20 Mal so gross, nimmt mit wiederholtem Rückfall zu. . . . S. 399

Sterblichkeit. Nachweis der Fehlerhaftigkeit der Berechnung nach den Abgängen und nach den Aufnahmen. Die einzig richtige Methode ist nach dem durchschnittlichen Bestande, und zwar aus dem Grunde, weil hiermit der Berücksichtigung der Aufenthaltsdauer Rechnung getragen wird. Sie beträgt demnach nahe 10 pCt., und zwar für die Frauen um etwas mehr. Die Schwankungen der einzelnen Jahre. Zusammenstellung mit der Sterblichkeit der einzelnen Jahrgänge des Preussischen Staates

und der Preussischen Armee. Grosse Uebereinstimmung sowohl der Glücks- als Unglücksjahre. — Zusammenstellung der Sterblichkeit von einer Reihe von Anstalten, nach dieser Methode berechnet. Einfluss der Befriedigung und des Mangels der entsprechenden hygieinischen Erfordernisse, eines hohen Satzes von Paralytikern und von Idioten. — Bestimmung der Sterblichkeit der einzelnen Altersstufen. Tabelle des Lebensalters der Gestorbenen zur Zeit des Todes. Bei Vergleichung mit den Todesfällen der entsprechenden Altersstufen der gesunden Bevölkerung stellt sich das auffallende Uebergewicht der jüngeren Altersstufen bei den Geisteskranken heraus. Durchschnittsalter der Lebenden nach der Festsetzung von vier verschiedenen Terminen. Tabelle der Sterbenswahrscheinlichkeit der einzelnen Altersstufen und Vergleich mit der der gesunden Bevölkerung. Hierbei ergiebt sich eine zunehmende Abnahme der Sterblichkeit mit den höheren Altersstufen, so dass für letztere die Sterblichkeitsziffer der gesunden Bevölkerung weniger von der der Geisteskranken übertroffen wird, als für die jüngeren. Vom 61. Jahr ab beginnt wieder eine geringe Steigerung. Da das Durchschnittsalter aller lebenden Geisteskranken 40,88 Jahre ist, so ergiebt sich hiernach eine 7malige Verkürzung ihres Lebensalters gegen das der gesunden Bevölkerung. — Bei Betrachtung der Sterblichkeit der einzelnen Stufen der Geisteskranken für sich zeigen frühe Altersstufen ein nicht unbedeutendes Uebergewicht gegen spätere. Vom 61. Jahr an erfolgt eine bedeutende Zunahme der Sterblichkeit — Bezüglich der Geschlechter überwiegen vor dem 30. und nach dem 50. Jahre die Männer, in der Zwischenzeit die Frauen. Diess ist nur vielleicht zum kleinen Theil aus den betreffenden Verhältnissen der gesunden Bevölkerung erklärlich, grösstentheils ergiebt es sich aus den Verhältnissen der Sterblichkeit je nach der Krankheitsdauer und ergiebt sich, dass diese Tabelle der Sterblichkeit nach dem Lebensalter hier nicht so werthvoll ist, als für die gesunde Bevölkerung. — Dieser Geschlechtstypus des Sterblichkeitsverlaufs lässt sich auch bei den Erblichen und Nichterblichen entdecken. Bei Letzteren überwiegen meist die Frauen, vom 31-50. Jahr am stärksten, erst vom 56. Jahr ab die Männer. Im Ganzen überwiegt die Sterblichkeit der Frauen bedeutend. Bei den Erblichen zeigt der Gang einige Unregelmässigkeiten. In der Summe überwiegen die Männer nicht unbedeutend. — Beim Vergleich der Summe der Erblichen mit der Summe der Nichterblichen ergiebt sich ein bedeutendes Uebergewicht der Sterblichkeit der Letzteren. Es nimmt ab mit der Zunahme der Jahre. Im Ganzen verhält es sich

= 1,8 : 1. — Literäre Zusammenstellungen; die Abweichungen erklären sich aus dem verschiedenen Antheil der Paralytischen, der Idioten, der alten Krankheitsfälle, aus dem Maasse der Befriedigung der hygieinischen Anforderungen. — Einfluss der Krankheitsdauer auf die Sterblichkeit. Genaue Angabe der Methode der Berechnung. Sie findet in der Weise statt, dass der Zugang einer bestimmten Krankheitsdauer zu dem in der Anstalt verbliebenen Rest derselben Krankheitsdauer addirt und zu dieser Summe die Gestorbenen derselben Krankheitsdauer in Beziehung gebracht werden. Abschätzung der Mängel dieser Methode, welche daraus hervorgehen, dass man nicht die Gestorbenen eines durchschnittlichen Bestandes berechnet, und welche aus der Grösse des Zugangs und Abgangs zur Summe der Behandelten einer Krankheitsdauer abgeschätzt werden können. — Es ergiebt sich dann mit der Länge der Krankheitsdauer eine anfangs bedeutende, dann langsamere Abnahme der Sterblichkeit. — Bezüglich der Geschlechter überwiegen in den ersten Jahren die Männer, später fast stets die Frauen. Bei den Nichterblichen wird dieser Typus inne gehalten, ebenso im Allgemeinen bei den Erblichen. Doch kommen zuletzt die Männer hier wieder zum Uebergewicht — Die Summe der Nichterblichen überwiegt fast stets über die Summe der Erblichen, bis zum 10. Jahr bedeutend, nachher weniger bedeutend oder gar nicht. — Irreführung der Resultate, wenn man (nach *Stewart*) nur die in den betreffenden Zeiträumen ausgeschiedenen Fälle, und nicht die Aufenthaltszeit derselben berücksichtigt. — Eine indirecte Bestimmung der Sterblichkeit auf den einzelnen Altersstufen je nach der Krankheitsdauer wird gewonnen, durch die Bestimmung der Lebensfähigkeit, also der mittleren und wahrscheinlichen Lebensdauer, je nach der Erkrankung auf den einzelnen Altersstufen, nach den Todesfällen. Grenzen des Werthes dieser Berechnung namentlich, weil ein Theil geheilt, ein Theil Ungeheilter entlassen wird. Tabelle der Krankheitsdauer je nach der Erkrankung auf den einzelnen Altersstufen für die Gestorbenen und des Vergleichs halber für die Lebenden. Beiderseits ist die Richtung für die längsten Krankheitsdauern am meisten vertreten bei der Erkrankung vom 15—35. Jahr, für die kürzeren Krankheitsdauern durch alle Altersstufen. Nach dieser Tabelle ist die mittlere Lebensdauer je nach der Erkrankung auf den einzelnen Altersstufen berechnet. — Es ergiebt sich eine ziemlich stetige Abnahme der Vitalität bis zum Lebensende, die Frauen haben eine längere mittlere Lebensdauer, besonders für die höheren Altersstufen. Beim Vergleich mit der gesunden Bevölke-

rung ergiebt sich, dass der Bruchtheil, den die mittlere Lebensdauer der Geisteskranken von der der Bevölkerung macht, bei den Männern mit zunehmenden Jahren immer kleiner wird, besonders vom 56. Jahr ab, bei den Frauen ist er am kleinsten vom 36—50. Jahr, erhebt sich dann wieder, ohne die frühere Höhe zu erreichen. Er ist bei den Frauen fast stets grösser, als bei den Männern, namentlich in den späteren Altersstufen. In der Summe beträgt er circa ¼ für die Bevölkerung vom 36. Jahr, die der durchschnittlichen Zeit der Erkrankung hier ungefähr entspricht. — Die Geschlechter der Nichterblichen befolgen diesen Typus genau, die Erblichen zeigen Unregelmässigkeiten. Im Ganzen überwiegen stets die Frauen. — Die Summe (Männer + Frauen) der Erblichen überwiegt die der Nichterblichen vor dem 36. und nach dem 56. Jahre. In der Zwischenzeit findet meist das Gegentheil statt. Im Ganzen ist die mittlere Lebensdauer der Erblichen bei dieser Berechnung nahe 1½ Mal so lang. Vergleich der Ergebnisse der Tabelle der Sterblichkeit auf den einzelnen Altersstufen mit dieser Tabelle der mittleren Lebensdauer auf den einzelnen Altersstufen. Die Verhältnisse bezüglich der Altersstufen selbst, der Geschlechter, und der Erblichen und Nichterblichen zu einander sind vielfach verschieden und erklären sich aus dem verschiedenen Verhalten der Sterblichkeit je nach der Krankheitsdauer in den einzelnen Kategorieen. Indem in der Tabelle der Sterblichkeit nach den Altersstufen die Fälle mit längerer Krankheitsdauer in höherem Grade den älteren Altersstufen angehören, werden so Störungen herbeigeführt — Mittlere Lebensdauer der Lebenden. Die Werthe sind grösser, die Männer haben eine längere mittlere Lebenserwartung als die Frauen, während die sonstigen Ergebnisse mit den aus der Todtenliste gewonnenen vielfach übereinstimmen. Wahrscheinliche Lebensdauer auf den einzelnen Altersstufen. Da in der ersten Zeit der Krankheitsdauer eine grössere Sterblichkeit stattfindet, so müssen sämmtliche Werthe hier geringer ausfallen. Bestätigung durch die Tabelle. Mit den höheren Altersstufen ist die Abnahme der wahrscheinlichen Lebensdauer eine grössere, die wahrscheinliche Lebensdauer der Frauen gegen die Männer, in geringerem Grade der Erblichen gegen die Nichterblichen ist eine grössere, als in diesen drei Beziehungen die Zahlen der mittleren Krankheitsdauer zu einander ergeben. — Tabelle, welche die Gestorbenen je nach den einzelnen Terminen der Krankheitsdauer zur Summe aller Gestorbenen enthält. Ebenso für die Lebenden. Bei der Tabelle

der Todten überwiegen an und für sich und namentlich im Vergleich mit der der Lebenden die Männer in den früheren Terminen, die Frauen in den späteren. Ferner überwiegen die Nichterblichen über die Erblichen in den früheren Zeiträumen, die Erblichen später. Diese Gegensätze haben, ausser in einigen Ungleichmässigkeiten der Abgänge überhaupt, hauptsächlich in der verschiedenen Sterblichkeit der einzelnen Kategorieen je nach der Krankheitsdauer ihren Grund. — Durchschnittliche Krankheitsdauer. Thatsachen, eigene und aus der Literatur zusammengesuchte, und Erwägungen zur Feststellung derselben. Zunächst bei den Todten. Bei den eigenen Angaben fehlen zum Theil die Fälle der längsten Krankheitsdauer, wesswegen hauptsächlich sie zu geringe Werthe ergeben. Dann bei den Lebenden. Principiell andere Bedeutung dieses Werthes aus Rechnungsgründen und weil die Genesenden hier eingeschlossen sind. Die Werthe nach den Irrenzählungen in der Bevölkerung sind zu gross wegen der schwieriger zu ermittelnden Fälle mit kurzer Krankheitsdauer Die eigenen Werthe sind zu klein aus obigen Gründen. Die durchschnittliche Krankheitsdauer ist demnach auf 9 — 10 Jahre anzunehmen. Zu demselben Resultate führt die Schlussfolgerung aus der Sterblichkeitsziffer der Anstalten. mit Berücksichtigung der in Genesung übergehenden Fälle. — Die Gründe für das Verhältniss der einzelnen Kategorieen zu einander bei der Vertheilung des Bestandes auf die einzelnen Altersklassen. Es überwiegen die Männer bis zum 50. Jahr, nachher die Frauen und zwar in grossem Abstande. Es überwiegen ferner die Erblichen bis zum 45. Jahr, nachher die Nichterblichen in geringem Abstande. Es erklärt sich dies aus den Verhältnissen der Erkrankung, der Abgänge (Genesungen und Sterbefälle), der Krankheitsdauer und der Rückfälle. Dadurch werden die Gegensätze der Geschlechter verschärft, der Erblichen und Nichterblichen zum Theil vermindert. Literäre Zusammenstellungen. Aufführung der Gründe, welche eine stärkere Betheiligung der höheren Altersklassen, als bei uns (Maximum 35 — 45) bedingen. — Bezüglich des Lebensalters der Gestorbenen finden sich bei den Geschlechtern und bei den Erblichen und Nichterblichen die Gegensätze des lebenden Bestandes wieder, mit zum Theil etwas verrückten Scheidegrenzen und verschiedener Intensität der Gegensätze. Diess hat seinen Grund in der Vertheilung der Lebenden und den Verhältnissen der Sterblichkeit. Literatur. Abschätzung der Grösse der Calamität, welche der Gesellschaft durch die Geisteskrank-

Geschichte

der

westfälischen

Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg.

Von

Dr. Koster,
Sanitätsrath und Director der Anstalt.

Vorbemerkungen.

Die vorliegende Schrift entstand zunächst gelegentlich der Gedenkzeit des fünfzigjährigen Bestehens der westfälischen Irren-Anstalt.

Es lag nahe, in dieser Zeit einen Rückblick zu thun auf die Geschichte und Wirksamkeit des Instituts.

Für die jetzige Generation der Beamten der Anstalt und besonders für mich war es ein Bedürfniss, so genau wie möglich, die Dinge, wie sie waren und wie sie gegenwärtig geworden sind, kennen zu lernen. Freilich konnte bei Weitem nicht Alles das, was für diesen kleineren Leserkreis wohl von Interesse gewesen wäre, hier aufgenommen werden.

Sodann sollte die Darlegung der Entstehung, der unter Mühen und Kämpfen fortgeschrittenen Entwickelung und der gewonnenen Resultate das Verständniss im weiteren Kreise der Provinz für die Einrichtung, die Aufgabe und die Wirksamkeit der Anstalt, sowie das öffentliche Vertrauen zu derselben und das Interesse für dieselbe mehr und mehr fördern helfen. —

Wenn ferner die Geschichte der westfälischen Irrenanstalt nothwendigerweise einen Theil der Geschichte des Irrenanstalts-Wesens überhaupt in einem kleinen Spiegelbilde der irrenärztlichen Welt zurückgeben sollte, so waren es drei Gesichtspunkte, deren möglichste Berücksichtigung ich wohl erstrebt, vielleicht aber nicht zu Aller Befriedigung erreicht habe.

Möge man hiernach die Mängel der Arbeit soviel wie möglich entschuldigen. Dem Königlichen Ober-Präsidio zu Münster, der Königlichen Regierung zu Arnsberg, sowie der hiesigen Königlichen Kreis-Gerichts-Commission statte ich für die zur Einsicht geneigtest bereit gestellten amtlichen Actenstücke den innigsten Dank ab.

Marsberg, im Juni 1866.

Dr. *Koster*.

Erster Abschnitt.

Von der ersten Anregung einer westfälischen Irrenanstalt bis zur Eröffnung des Klosters zu Marsberg als Landes-Hospital.
1798—1814.

I.

Vorgängige Periode.

Die Geschichte des westfälischen Irrenwesens umfasst einen 66jährigen Zeitraum, welchen man füglich in drei Abschnitte theilen kann.

Der erste umfasst sechszehn Jahre, beginnt mit 1798 und reicht bis 1814, in welchem Jahre die Anstalt zu Marsberg eingerichtet wurde.

Der zweite umfasst zwanzig Jahre und reicht bis 1834, dem Zeitpunkte der Errichtung einer neuen Heilanstalt.

Der dritte endlich stellt einen Zeitraum von dreissig Jahren dar, und reicht bis zur Eröffnung der zweiten westfälischen Irrenanstalt in Lengerich im Jahre 1864.

Es war zu Ende des vorigen Jahrhunderts, als sich endlich hier und dort eine Stimme zum Schutze der Geisteskranken erhob und von Einzelnen thatkräftige Maassregeln ergriffen wurden, um ihnen ein besseres Loos als bisher zu bereiten.

Dieses Loos war damals ein überaus trauriges. In einzelnen grösseren Städten bestanden wohl öffentliche Häuser, in welchen Geisteskranke zur Noth untergebracht werden konnten, allein sie waren zu anderen Zwecken bestimmt, sie hatten nicht die Einrichtung, welche dem Zustande der Geisteskranken entsprach, es waren allgemeine Kranken-, Siechen- oder Arbeitshäuser, sehr

häufig aber auch Abtheilungen der Zuchthäuser. Mehr, um der öffentlichen Sicherheit willen, als wegen des Heil- und Pflegezweckes der Geisteskranken selbst, sperrte man sie in solche Häuser ab. Für kleinere Städte und das platte Land war gar keine Fürsorge getroffen und das Schicksal der Irren dort war ein noch trostloseres.

In Berlin bestand seit 1726 eine schlechte Irrenanstalt, welche 1798 abbrannte und mit dem allgemeinen Charitékrankenhause vereinigt wurde; in Wien existirte der sogenannte Narrenthurm, welcher aus seinem Namen schon auf seinen inhumanen Zustand schliessen lässt. Die grossen Pariser Irrenhäuser Salpêtrière und Bicêtre waren schauerliche Sammelplätze des tiefsten menschlichen Elends, welche mit der Civilisation der französischen Nation sehr traurig contrastirten. Die einzige Ausnahme machte das St. Lukas-Krankenhaus in London, welches im Jahre 1751 erbaut, wie es scheint, zuerst ausschliesslich der Heilung der Irren gewidmet und in seiner Bauart und inneren Einrichtung diesem Zwecke angepasst war. Lange bestand diese Anstalt einzig in ihrer Art, während im übrigen England und ganzen Continent die Irren noch im tiefsten Elend schmachteten. Um jene Zeit waren es der französische Irrenarzt *Pinel* und der Engländer *Willis*, welche ziemlich gleichzeitig durch thatkräftiges Handeln in dieser Richtung einen wohlthätigen Anstoss zur Verbesserung der Irrenbehandlung in ganz Europa gaben. Wie langsam aber dieser Anstoss seine Wellen fortbewegte, geht daraus hervor, dass noch in der Mitte der 40ger Jahre in einer Universitätsstadt Deutschlands Irre in einem Käfiche aufbewahrt wurden.

Die durch *Pinel* in Paris hervorgerufene Bewegung der Geister, welche inmitten der Stürme der französischen Revolution die Ketten der Geisteskranken löste, blieb auch in unserem Westfalen nicht ohne Nachwirkung. Bezeichnend genug für die damalige Zeit, in welcher man Irre mehr als Verbrecher denn als Kranke anzusehen und zu behandeln gewohnt war, ging die erste Anregung zu einer Fürsorge für dieselben hier nicht von einem Arzte, sondern von einem Richter aus, denn es war der Criminal-Richter *Castringius*, welcher am 21. August 1798 an den König eine Bittschrift richtete, „mit dem Zuchthause in Wesel eine für die hiesige Gegend so wohlthätige Anstalt für die Aufnahme wahn- oder schwachsinniger Personen in Verbindung zu bringen, welche Anstalt zwar besonders einzurichten wäre, jedoch das Personale des Zuchthauses zum Theil zur Aufsicht etc. mit gebrauchen und dadurch ein Beträchtliches erspart werden könnte."

Er erhielt darauf folgende Cabinets-Ordre:

Ich danke Euch, dass Ihr durch Euren Bericht vom 21. d. Mts. den gemeinnützigen Wunsch vieler cleve-märkischen Unterthanen, nach einer, mit dem Zuchthause zu Wesel zu verbindenden Anstalt zur Aufnahme wahn- und schwachsinniger Personen zu Meiner Kenntniss gebracht habt. Ich habe darauf sogleich dem General-Directorio Meine Geneigtheit, diesem wahren Bedürfnisse der Provinzen jenseits der Weser*) abzuhelfen, zu erkennen und demselben aufgegeben, die Ausführbarkeit des Vorschlags und die Mittel dazu in reifliche Erwägung zu ziehen, demnächst aber darüber gutachtlich an Mich zu berichten. Ich bin Euer gnädiger König

Charlottenburg, den 29. August 1798.

Friedrich Wilhelm.

An
den Criminal-Richter *Castringius*
zu
Altena.

Es kam indessen nicht zur Ausführung dieses Vorschlages; das Directorium des Zuchthauses lehnte wegen gänzlichen Mangels an Raum die Sache ab.

Die in Folge der Cabinets-Ordre eingeleiteten Verhandlungen waren inzwischen so weit gediehen, dass man das aufgehobene Kloster Marienfeld zur Einrichtung einer Irrenanstalt ausersehen hatte. Der Freiherr *von Stein*, Ober-Kammer-Präsident zu Münster, beauftragte am 25. April 1803 den damaligen Landrath von Minden, Freiherrn *von Vinke*, „weil er die zur Milderung des Elends bestimmten Anstalten zum Gegenstand seiner vorzüglichen Aufmerksamkeit auf seinen Reisen gemacht habe", einen Plan zur Errichtung eines Irrenhauses zu entwerfen, während der Medicinalrath Dr. *Borges* zu Münster „einen medicinischen und diätetischen Plan zur Einrichtung des Hauses und Verpflegung der Kranken" beibringen sollte.

Marienfeld liegt zwischen Gütersloh und Harsewinkel in dem heutigen Regierungsbezirk Münster, und der Baudirector *Lehmann* hatte die Klostergebäude wegen ihrer gesunden und schönen Lage und ihrer soliden Bauart als zur Irrenanstalt besonders geeignet

*) Zu den preussischen Provinzen jenseits der Weser gehörten damals die Fürstenthümer Minden, Paderborn und Münster, das Herzogthum Cleve, die Grafschaften Ravensberg, Tecklenburg, Lingen, Mark und Ostfriesland.

erklärt. Da man indessen nicht alle Räume zur Irrenanstalt vermeinte benutzen zu können, so sollte die Kirche für die Eingepfarrten verbleiben, dazu noch ein Pfarr- und Schulhaus und Lehrerwohnung aus der Gebäulichkeit hergestellt werden. Ausserdem machte *Lehmann* den culturhistorisch bezeichnenden Vorschlag, eine militairische Bedeckung dort zu etabliren, weil das Kloster einsam und mit Gebüschen umgeben sei, und mit Bezug auf das zu gründende Institut, „damit grober Ausgelassenheit erforderlichen Falls ernsthaft begegnet werden könne."

Herr *von Vinke* unterzog sich dem ihm gewordenen Auftrage mit seinem bekannten Feuereifer, und es beginnt hier seine rastlose Thätigkeit, die wir nicht nur in seinen unvergänglichen, in der Provinz sich gesetzten Denkmalen, sondern auch in seinen vielfachen, in den Acten enthaltenen eigenhändigen Schreiben bewundern, eine Thätigkeit, die für Westfalen von so grossem und nachhaltigem Einfluss werden sollte.

Vinke wandte sich sogleich an die General-Direction des Irrenhauses zu Neu-Ruppin, welches erst einige Jahre vorher (1801) als erste neu erbaute Irren- (Pflege-) Anstalt für das platte Land der Kurmark gegründet war, und erbat sich die für die damalige Zeit vortrefflichen Reglements und Instructionen des Instituts.

Stein hatte eine Zählung der Geisteskranken angeordnet, und es befanden sich gemäss derselben in den dermaligen preussisch-westfälischen Provinzen mit Ausnahme von Ostfriesland 674, von welchen sich jedoch angeblich nur 232 zur Unterbringung in der Irrenanstalt eigneten, während von den übrigen 442 noch 91 als für ein Arbeitshaus, die anderen aber zur Privatpflege geeignet erachtet wurden.

Vinke wandte sich nun unterm 1. Februar 1804, durch ein eigenhändiges Schreiben *Stein*'s*), welcher inmittelst Kammer-Prä-

---

*) Münster, den 24. Januar 1804.

Dass Ew. Hochwohlgeboren mit Ihren Dienstverhältnissen zufrieden sind, ist mir ausserordentlich angenehm, und ich bin überzeugt, dass ein Mann von Ihrer Thätigkeit und Einsicht vieles Gute fördern werde.

Ich eile, Ew. Hochwohlgeboren die Nachricht mitzutheilen, dass nunmehr die Aufhebung der Cleve-Märkischen Klöster beschlossen ist, und Freitag über acht Tage geschieht in allen die Versiegelung und man schreitet zur Veranschlagung. Dann wird es sich ergeben, wozu sie zu verwenden. Ich rathe sehr, nun

sident in Ostfriesland geworden, dazu aufgefordert, an den König und stellte ihm auf Grund obiger Zählung die Nothwendigkeit der Errichtung einer Irrenanstalt vor, verlangte als jährliche Unterhaltungskosten einen Theil der bedeutenden Einkünfte der aufgehobenen Cleve-Märkischen Klöster zu 10,000 Thlr. für 120 Irre, für welche vorläufig die Anstalt einzurichten genügen würde, „denn eine sorgfältige ärztliche Prüfung würde gewiss die Zahl verringern. Die zweckmässige Einrichtung gäbe die Hoffnung auf Heilung sehr Vieler, dadurch die Erlangung des Raumes zur allmähligen Aufnahme der Uebrigen, und es schien überall nicht rathsam, dergleichen Anlagen gleich nach einem zu grossen Maassstabe zu machen, welchen erst die Erfahrung ihres Erfolgs richtig bestimmen könne."

Wohl fehlte es an der Erfahrung in dieser Angelegenheit, man würde sonst statt die Zahl der Unterzubringenden geringer, sie höher angenommen haben, als das Ergebniss der Zählung sie verlangte.

Hiernach sollte die Angelegenheit durch die höheren Behörden in nähere Erwägung gezogen werden. *Stein* hatte sich inmittelst an den Oberhofrath *Michaelis* in Marburg gewandt und durch dessen Vermittelung einen Kosten-Anschlag entworfen, welchen er *Vinke* mittheilte. *Vinke* wandte sich an den Geheimen Rath *Reil* in Halle a. d. Saale in einem Schreiben, welches wir im Auszuge, die Antworten *Reil*'s aber *in originali* mittheilen.

Schreiben an den G. R. *Reil* in Halle.

In den sämmtlichen westfälischen Provinzen sind von den Polizeibehörden 644 des Verstandes beraubte Menschen aufgezeichnet worden, von denen sich 91 zur Aufnahme in Arbeitshäuser, 354 blos zur Unterstützung im Wohnorte, 232 (in Ostfriesland noch 34) aber zur Aufnahme in eine öffentliche Irren-Anstalt qualificiren sollen; unter Letzteren sind 43 als heilbar, 45

---

mehr Ihren Bericht wegen der Irrenhäuser direct schleunig an den König abzustatten und die Verwendung eines Theils dieses geistlichen Vermögens *deductis pensionibus* etc., z. B. Praemonstratenser-Abtei Hamborn im Clevischen und das Nonnenkloster zu Vissen sich auszubitten, nämlich die Revenüen; Marienfeld bleibt immer der schicklichste Ort zum Gebäude und zu dem Etablissement selbst.

Der Abgang der Post hindert mich, ausführlicher zu schreiben.

Hochachtungsvoll verbleibe ich Ew. Hochwohlgeboren

ganz ergebenster *von Stein.*

Wüthende angegeben worden. Bei dieser Aufnahme sind nicht überall Medicinalpersonen zugezogen worden. Für zuverlässig kann sie noch nicht gelten; ich rechnete, indem ich 10,000 Thlr. erbat, auf eine Anzahl von 100 für die öffentliche Anstalt. Bisher hat es durchaus an aller Gelegenheit selbst zur Aufbewahrung derselben gefehlt; die weite Entfernung schloss uns von der Theilnahme an den vorhandenen Instituten (die doch wohl nur für Aufbewahrungs-Orte — ich besorge leider selbst das Neue in Neuruppin, welches ich jedoch nur aus den Reglements-Etats und Baurissen kenne — gelten dürfen) aus, und ausser den preussischen Provinzen giebt es in Westfalen nur im Oldenburgischen eine Irrenanstalt.

Es dürfte daher wohl erforderlich sein, die als heilbar oder doch für qualificirt angegebenen Subjecte nach und nach aufzunehmen, um wirkliche Ueberzeugung von ihrem Zustande zu erhalten, welche sich, zumal in den neuen Provinzen, von den Aerzten schwerlich erwarten lässt, da dieselben ihnen fast sämmtlich, wenigstens die vom Lande, vorher ganz unbekannt gewesen sein dürften. Die dann für unheilbar Erkannten werden, zum Theil den schon vorhandenen Hospitälern oder noch zu errichtenden Landarmenhäusern überwiesen werden können (die Blödsinnigen, Idioten), andere nicht gefährlichen ruhigen Narren werden ihren bemittelten Anverwandten zurückgegeben, oder in deren Ermangelung den Orts-Armenanstalten (für deren gute Einrichtung jetzt auch thätig gesorgt wird) überwiesen werden; allein dann bleibt noch die Klasse der periodisch rasenden, epileptischen und anderer, besondere Pflege, Schonung und Absonderung erfordernden Irren übrig; diese scheinen Sie vorzüglich der Aufbewahrungs-Anstalt bestimmt zu haben: an einer solchen fehlt es aber noch gänzlich und bis wir solche erhalten, welches bei so vielen dringenden Bedürfnissen der Art doch noch eine Zeit lang frommer Wunsch bleiben möchte, scheint kein anderes Mittel zu bleiben, als ihnen neben der Anstalt für die Heilbaren einen Zufluchtsort in Marienfelde, jedoch in gänzlicher Absonderung von diesem, zu bereiten. Auch lässt sich mit Grunde hoffen, dass wenn erst die jetzt vorhandenen Subjecte dieser Art ausgestorben sein werden, künftig, wenn dergleichen Kranke gleich einer ganz auf ihre Cur berechneten Anstalt übergeben werden können, die Anzahl sich sehr vermindern wird. Aus demselben Grunde aber wird auch im Anfange Ihre Normalanzahl von 20 Irren für eine Heilanstalt überschritten, und der Plan weiter ausgedehnt werden müssen. Ich verkenne gar nicht das Gewicht Ihrer Gründe für mehrere

kleinere Anstalten; allein die Kosten würden dadurch sehr vermehrt werden, und wo würden wir gleich die erforderlichen tüchtigen Officianten und Wärter hernehmen, da wir uns schon glücklich werden schätzen müssen, solche nur für ein Institut aufzufinden. Auch auf den Psychologen unter diesen würden wir vor der Hand verzichten, uns mit einem ganz geeigneten Oberaufseher, einem geschickten, hinlänglich belehrten, sich bloss der Anstalt widmenden Arzt und einem Wundarzt beschränken müssen.

Marienfeld erfüllt übrigens alle Ihre Bedingungen — S. 459 der *Reil*'schen Schrift „Rhapsodieen" — für die Localität einer Heilanstalt; nur Berge fehlen dort, und wenn gleich die äussere Form einer Meierei sich einem grossen Klostergebäude nicht wohl anpassen lassen wird, so bietet doch dieses dort sehr viele Bequemlichkeiten dar, insbesondere für die Hauptabsonderungen der Unheilbaren, Reconvalescenten, zufällig Kranken, periodisch Rasenden. Wenn Ew. Wohlgeboren Zeit und Neigung haben, sich thätig für dieses Institut zu interessiren, so werde ich mir die Freiheit nehmen, Ihnen den Baurise von den vorhandenen Gebäuden zu übersenden, und Ihren Rath erbitten, wie solche nach der neuen Bestimmung am zweckmässigsten umzuformen sein dürften. Sehr schwierig wird allerdings die Entwerfung eines angemessenen Planes sein, da so wenig Data da sind, um die Verhältnisse der Geschlechter der verschiedenen Klassen von Irren, der wahrscheinlichen Anzahl von Heilbaren und Unheilbaren etc. nur einigermaassen bestimmt festzustellen; erst eine mehrjährige Erfahrung bei der neuen Anstalt selbst wird solches an die Hand geben und hiernach in der Folge noch mancherlei Abänderungen nothwendig werden. Sollte es nicht zweckmässig sein, die Anlage zuvörderst auf eine Heilanstalt für 30 und auf eine Aufbewahrungs-Anstalt von 70 zu treffen? Wenn die in *Wagener*'s Uebersetzung von *Pinel* befindliche Angabe vom Wiener Narrenthurm richtig wäre, so liesse sich annehmen, dass 50 Procent geheilt entlassen würden; nach *Chiarugi* ist das Verhältniss noch günstiger, aber mit Diesem stehen andere Angaben von *Black* etc. im grössten Widerspruche, und noch grösser ist dieser in Absicht der Sterblichkeit, welche nach den Angaben des Rapport au conseil général des Hospices, Paris. XI. äusserst gering und kaum 4 Procent ist. Es wird daher eine längere Zeit darüber hingehen, bis die jetzt vorhandenen Irren entweder geheilt oder gestorben sind und hierauf bei der Anlage besondere Rücksichten genommen werden müssen, die neu entstehenden Candidaten bei der grösseren Wahrscheinlichkeit ihrer Wiederherstellung jedoch vor den älteren und schon vorhan-

denen den Vorzug verdienen, und der Wunsch, ein vollkommenes Ideal einer ganz zweckmässigen Heilanstalt aufzustellen, bis dahin ausgesetzt werden müssen, wenn dieses Institut erst die Vorschüsse sämmtlich getilgt haben wird, womit es durch die bisherige Vernachlässigung dieses Zweiges der Medicinalpolizei belastet wird. *v. V.*

Halle, den 29. April 1804.

Hochwohlgeborner Herr,

Hochzuverehrender Herr Kammer-Präsident!

Ew. Hochwohlgeboren fordern mich in Ihrem Schreiben vom 23. April a. c. auf, an dem Vorhaben, die Irrenanstalten für die westfälischen Provinzen zu verbessern, Theil zu nehmen, sofern diese Aufgabe medicinischen Inhalts ist, und zur Realisirung dieser Idee thätig mitzuwirken. So schmeichelhaft dieser Antrag auch für mich ist, so wenig bin ich doch im Stande, die Hoffnungen zu erfüllen, die Sie auf mich gebauet haben. Die in meinen Rhapsodieen hingeworfenen Ideen sind fragmentarisch, grösstentheils aus mir selbst herausgekommen und durch keine Erfahrungen rectificirt, wozu es mir an Gelegenheit gefehlt hat. Ich würde Ihnen den Rath geben, erst den Mann zu suchen, dem Sie in der Folge die Heilung dieser Unglücklichen anvertrauen wollen und demselben alsdann bei der Anlage der Heilanstalt für Irrende *in loco* zu Rathe zu ziehen. Allein ich kenne keinen solchen Mann in dem Preussischen Staate und was noch mehr ist, keine Schule, in welcher Aerzte dieser Art gebildet werden können.

Blos die chemische und mechanische Seite des Heilungsprozesses wird in der Arznei- und Wundarzneikunst dürftig und roh empirisch auf den Akademieen gelehrt. Dass ausserdem noch durch Einflüsse auf das ideelle Princip im Menschen auf denselben gewirkt und vermöge der innigen Verknüpfung des Ideal-Realen in ihm, mittels der Organisation, die ursprünglich geistigen Veränderungen dem ganzen Organismus mitgetheilt werden können, davon hat man nicht einmal ein klares Bewusstsein auf unseren Akademieen, und noch weniger wird diese wichtigste Seite in der Trias der Heilkunde auf denselben gelehrt. Auch liegt die endliche Begründung einer vollkommenen medicinischen Schule noch so weit von dem gegenwärtigen Grad unserer geistigen Cultur, dass dahin zielende Vorschläge, die ich jüngst zur Verbesserung unserer medicinischen Schulen gemacht habe, gescheitert sind. —

Ew. Hochwohlgeboren

ergebenster Diener

Reil.

Halle, den 29. Apr[i]l 1804*).

Hochwohlgeborner,

Hochzuverehrender Herr Kammer-Präsident!

Ew. Hochwohlgeboren Schreiben hat mir viele Freude gemacht. Ich wünsche von Herzen, dass der König Ihre Absichten begünstige, die Fonds anweise und in der Ausführung sich kein Fehler ereigne. Unmaassgeblich rathe ich, die Baugelder, wahrscheinlich die Revenüen des ersten Jahres, nicht zu verbauen, sondern sie bei Seite zu legen, bis Sie durch Erfahrung den besten Plan zur Einrichtung einer vollkommenen Heilanstalt für Irrende gefunden haben. Bis dahin würden in dem Kloster, wie es ist, die Versuche gemacht. Das Schwerste wird sein, eine taugliche Person zur Cur zu finden. Fast möchte ich den Herrn *Langermann* in Bayreuth als den einzigen empfehlen. Er war lange Zeit in der Irrenanstalt zu Waldheim. Ein geschickter Prediger des Orts würde sein Gehülfe. Beide entwürfen nachher gemeinschaftlich den Plan zur Gründung der Heilanstalt, dem Local angemessen, und schickten ihn Sachverständigen zur Prüfung ein.

In der Folge würde ich doch für Trennung beider, der Heil- und Aufbewahrungsanstalt, sein, wenn auch im Anfang in dem einen Kloster beide Anstalten zusammengeworfen werden müssen. Ich glaube, dass die meisten unheilbaren Irrenden auf dem Felde, im Garten und im Hause arbeiten, dadurch sie gesund erhalten und für die Anstalt etwas erwerben können. Auf diese Idee würde ich vorzüglich bei der Organisation einer Aufbewahrungs-Anstalt fussen, von der ich nächstens etwas öffentlich bekannt machen will. Dazu gehörte schon auch für diese Anstalt ein geräumiges Local, welches mit dem Local der Heilanstalt zusammenstiesse. Die Officianten beider Anstalten sind sich nahe, welches abermals nachtheilige Folgen haben kann.

Die Zahl der Heilbaren wird sich durch die schnellere Heilung vermindern, und die von Ihnen bemerkte in Westfalen zu 43 vielleicht sich auf 20 reduciren.

Wo ich Ihnen in der Folge mit meinem Rath dienen kann, bin ich gern bereitwillig dazu. Ein Haupthinderniss ist in der That die schlechte Beschaffenheit unserer Aerzte, die grösstentheils den Sinn ihrer Kunst nicht einmal begriffen haben, und sie können nichts anders werden, als was sie sind, so lange unsere Akademieen nicht reformirt werden. Der König hat nun zwar jähr-

*) Wahrscheinlich irrthümlicher Weise sind beide Briefe vom 29. April 1804 datirt.

lich 15,000 Thlr. Zulage geschenkt, aber die Verwendung ist der Art geschehen, dass wir fast auf dem alten Fleck bleiben. Ich komme eben von einer trostlosen Reise von Berlin zurück, die ich in dieser wichtigen Angelegenheit für den Staat gemacht habe. Fügte es sich, dass Sie Ihren Berichten ins Cabinet über die projectirten Irrenanstalten in Westfalen die Anlage schicklich beifügen könnten, so würde dies vielleicht gerade jetzt den grossen Nutzen haben, dass man zur Erkenntniss der schlechten Beschaffenheit unserer Akademieen käme. Ich bin mit vollkommenster Hochachtung

Ew. Hochwohlgeboren

ergebener Diener

Reil.

Inzwischen hatte Ostfriesland, welches wegen der grossen Entfernung eine eigene Anstalt in Emden zu gründen beabsichtigte, diesen Plan, der unverhältnissmässigen Kosten wegen, wieder aufgegeben und den Wunsch geäussert, für etwa 34 sich dort vorfindliche, für die Anstalt geeignete Kranke, an dem Marienfelder Projecte sich zu betheiligen.

Die Vorarbeiten zur Gründung des Instituts wurden nunmehr weiter betrieben. Der Director, ein Professor der Medicin an der Universität zu Münster, Dr. *Landgraeber*, war designirt; die übrigen Beamten, der Geistliche und Inspector in einer Person, der Oekonom, der Chirurg, der Syndicus in bestimmte Aussicht genommen. Die Reglements und Instructionen, uns noch in einem voluminösen Actenstücke vorliegend, waren entworfen, und könnten ihrer Vortrefflichkeit wegen mit Ausnahme weniger Punkte noch heute gebraucht werden.

Es war bestimmt, dass die Anstalt zugleich als klinisches Institut für die Studirenden der Universität Münster benutzt werden sollte, „wodurch die Universität einen Vorzug vor allen anderen Universitäten, ausgenommen Wien, erhalten würde," weshalb der Director auch sein Gehalt als Professor von Seiten der Universität fortbeziehen sollte.

Der Geistliche und Inspector war ein in ökonomischen Dingen erfahrener Vicarius, welcher die *cura animarum* nicht hatte, welches kein Nachtheil sei, „da das Predigen für Irre ohnehin nicht passe."

Soweit war die Sache gefördert — Mai 1805 — als der Krieg in's Land kam, das kaum Begonnene zerstörte und auf lange Jahre die Werke des Friedens verdrängte.

Zweiter Abschnitt.

Von der Einrichtung des Landeshospitals zu Marsberg bis zur Eröffnung der Irrenheilanstalt daselbst. 1814—1834.

II. Hessen-Darmstädtische Periode. 1811—1816.

Unsere Geschichte verlässt ihren bisherigen Schauplatz und tritt, nachdem neun verhängnissvolle Kriegsjahre verflossen sind, auf ein anderes Landesgebiet, in das frühere Herzogthum Westfalen, welches damals und bis zum Jahre 1816 zum Grossherzogthum Hessen gehörte und heute grösstentheils den preussischen Regierungsbezirk Arnsberg umfasst.*)

Die Lage der Geisteskranken in diesem Landestheile war eine gleich trostlose wie überall. Einzelne im höheren Grade Tobsüchtige — damals vier — wurden nach Hofheim, dem allgemeinen Landeshospital für Hessen-Darmstadt, gebracht, andere in ihren Kirchspielen von Verwandten oder anderen Personen so gut es anging verpflegt, noch andere irrten hilf- und schutzlos, oft halb nackt und jeglichem Missbrauch preisgegeben, Hunger und Noth leidend, umher. Von der Verfolgung eines Heilzweckes konnte natürlich nirgends die Rede sein.

Nachdem man das in Niedermarsberg bestehende, von 10 Klostergeistlichen und 2 Laienbrüdern bewohnte Kapuziner-Kloster erst zu einem Zuchthause und einem Depot für die eingehenden herrschaftlichen Früchte hatte bestimmen wollen, regte der grossherzoglich hessische Kirchen- und Schulrath zu Arnsberg unterm 5. December 1811 zuerst die Idee an, zweckmässiger daselbst eine dem Lande noch fehlende Irren- und Krankenanstalt zu errichten, eine Idee, deren Ausführung die Auflösung des Klosters und die auf Schwierigkeiten gestossene Unterbringung der Conventualen in den Klöstern zu Werl, Gesecke und Brenschede dadurch erleichtere, dass der Guardian des Klosters vielleicht zum ökonomischen Vorsteher, ein oder der andere Bruder aber zu öko-

*) Das Herzogthum Westfalen bestand damals aus folgenden 18 Amtsbezirken: Attendorn, Arnsberg, Balve, Belecke, Bilstein, Brilon, Erwitte, Eslohe, Fredeburg, Gesecke, Marsberg, Medebach, Menden, Meschede, Olpe, Oestinghausen, Rüthen, Werl.

nomischen Verrichtungen in der Anstalt herbeigezogen werden könnten.

Die Lebhaftigkeit und rastlose Thätigkeit, mit welcher der Regierungs- und Medicinalrath Dr. *Stoll* zu Arnsberg die Ausführung dieser Idee betrieb, lässt wohl annehmen, dass er der Vater derselben war; ist er es nicht, so gebührt ihm dennoch der Ruhm, der eigentliche Gründer der Anstalt gewesen zu sein, wie sich weiter ergeben wird. —

Das Kloster liegt an dem südöstlichen Ende der Stadt Niedermarsberg oder Stadtberge, in dem Ausgange des etwas engen Thales des Glindebaches, welcher dicht an ihm vorbeifliesst, in das breitere freundliche Diemelthal. Die Umgebungen sind ungemein anmuthig, auf den Höhen herrliche Fernsichten, namentlich von dem durch den Aufenthalt *Carl's des Grossen* bekannten Oberstädter Berge. Ein Freiherr *Droste von Vischering* hatte im Jahre 1757 14,000 Reichsthaler zur Erbauung des Klosters hergegeben; dasselbe wurde indess erst Anfang der siebenziger Jahre fertig und eingeweiht. Es stellt ein viereckiges zweistöckiges, massives Gebäude dar, dessen südöstliche Seite von der Klosterkirche gebildet wurde. Das untere Stockwerk ist 13½ Fuss, das obere nur 8½ Fuss hoch.

Stoll wiess in einem Berichte vom 24. December 1811 das Bedürfniss einer Irren- und Krankenanstalt für das Herzogthum Westfalen nach, welches einen Flächenraum von 62 geographischen Q.-Meilen mit 139,000 Einwohnern hatte. Nach den, wiewohl nicht ganz zuverlässigen Nachforschungen der verschiedenen Amtsärzte hatten sich nämlich folgende der Pflege bedürftige Kranke vorgefunden:

Wahn- und Blödsinnige . . .	60
Epileptische	34
Taube	5
Stumme	1
Taubstumme	28
Blinde	59
Krüppel, lahm u. s. w. . . .	102
	Sa. 289.

Er wies ferner nach, dass diese Zahl bei genauer Nachforschung sich viel höher, vielleicht noch einmal so hoch herausstellen würde.

Im Auftrage der Regierung begab sich *Stoll* nach Marsberg, um das Kloster, rücksichtlich seiner Tauglichkeit, zu dem projectirten Institut zu untersuchen. — Abgesehen von einzelnen

Mängeln, worunter namentlich die ungünstige Lage an einem Ende des Herzogthums und die grosse Beschränktheit der Räume, fand er das Gebäude geeignet, um etwa 30 Kranke aufnehmen zu können.

Stoll beabsichtigte, ausser Irren auch anderweitige oben genannte Kranke unterzubringen und einen Vorsteher, Oekonomen und das nöthige Wart- und Dienstpersonal anzustellen, während die Aerzte des Amtes Marsberg zu den betreffenden Verrichtungen herangezogen werden sollten. *Stoll* erhob sich daher in seinem Project nicht über den Standpunkt der damaligen Zeit, er blieb vielmehr, indem er Geistes- und anderartige Kranke in das Institut aufgenommen wissen wollte, hinter manchen schon bestehenden reinen Irrenanstalten zurück; man muss indess bedenken, dass die Anstalt für ein kleines, wenig bevölkertes Landesgebiet bestimmt sein sollte, und anderweitige Krankenhäuser noch vollständig mangelten.

Es kam indessen nicht dazu, die Anstalt entwickelte sich in der Wirklichkeit zu einer blossen Irrenanstalt, die, wenn nicht die erste in Deutschland, doch eine der ersten war, die neben der blossen Verpflegung auch einen entschieden ausgesprochenen Heilzweck verfolgte, der in den Berichten *Stoll*'s überall hervorgehoben und vorzüglich betont wird.

Durch Decret des Grossherzogs vom 27. December 1812 wurde dann bestimmt, dass das Kapuziner-Kloster zu Marsberg aufzuheben, die Conventualen, soweit solche nicht bei dem zu etablirenden Institute mit Nutzen angestellt werden könnten, in die Klöster zu Werl und Brenschede vertheilt, die Marsberger Klostergebäude mit dem dazu gehörigen Inventar zu einer Irren- und Krankenanstalt eingerichtet, die Kosten der Einrichtung ad 6,000 Reichsthaler, sowie die zur jährlichen Unterhaltung der Gebäude und des Inventars und zur Bezahlung des Dienstpersonals nöthigen 1,000 Thlr. aus den Wohlthätigkeitsfonds zu nehmen, die zur Verpflegung der Kranken erforderlichen Kosten aber aus dem bisherigen Klostervermögen (2,391 Thlr.), aus den Beiträgen der dasigen Dispensations-Kasse, den Amtskassen und Local-Armenfonds, aus den Beiträgen vermögender Kranken, und endlich aus Vermächtnissen, freiwilligen Beiträgen und Stiftungen zu bestreiten, sowie auch, dass dem bisherigen Guardian *Gabriel Kligge* auf 1 Jahr zur Probe die Stelle eines Directors im Institut zu übertragen sein sollte. *Stoll* liess sich die provisorische Anstellung des Guardians gefallen, obwohl er den Anforderungen, die *Stoll* an einen solchen Mann stellte, keineswegs vollständig entsprach.

Gabriel Kligge, 61 Jahr alt, aus Paderborn gebürtig, wird geschildert als ein Mann von schwachem Körper, wankelmüthiger, verschlossener und misstrauischer Gemüthsart, ordnungsliebend und streng gegen seine Untergebenen; während *Stoll* von dem Vorsteher verlangte, „dass er von imponirender Figur, gross, von starker Muskelkraft und durchaus gesund sei, eine furchtlose Miene und starke Stimme, viele Kenntnisse in der empirischen Psychologie und eine grosse Menschenkunde und Menschenliebe habe."

Die Aufhebung des Klosters ging nun allmählig und unter mannigfaltigen Kämpfen vor sich. Ausser dem als Director bestellten Guardian sollte nur noch der schwachsinnige Pater *Rochus Leonardi* als erster Kranker und der Koch *Bonaventura Wintermeyer* zu beider Verpflegung bis zur völligen Einrichtung des Landeshospitals zurückbleiben. Sowohl die Klöster, in denen die übrigen Patres Aufnahme finden sollten, als die Patres selbst und die Ortschaften, in denen sie bis dahin geistliche Functionen versehen hatten, setzten der Maassregel der Aufhebung einen mehr oder minder nachhaltigen, zum Theil erbitterten Widerstand entgegen; die Klöster wegen Mangels an Raum, um die zu versetzenden, zum Theil im hohen Alter stehenden Patres aufnehmen zu können, die Patres, weil sie ihren bisherigen Aufenthalt nicht verlassen, die Ortschaften, weil sie die geistlichen Hülfsleistungen nicht verlieren wollten.

Der Justiz-Amtmann *Schulte* zu Marsberg war mit dem unangenehmen Geschäft der Aufhebung des Klosters betraut worden und hielt an den nicht vollständig versammelten Convent folgende Ansprache, am 28. Januar 1813:

Meine Herren!

Sie erhalten in Ihrer heutigen Versammlung auf Befehl der Regierung durch mich eine Botschaft, welche alle aus ihrer Mitte gerne hören werden, welche die Wahrheit der uns so tief durch unsere geheiligte Christus-Religion eingeprägte Lehre anerkennen, dass Linderung der Leiden unglücklicher Mitbrüder und Beschützung ihrer Menschenwürde und Menschenrechte das erste Ziel sei, wonach wir alle, wes Standes wir auch seien, streben sollen und dass unser göttliche menschenfreundliche Religionsstifter auf die Erreichung dieser unserer Bestimmung den höchsten Preis der Tugend gesetzt habe. Er, der Heiland, der die Liebe selbst war, der überall, wo er sich sehen liess, Werke der Bruderliebe ausübte, die Blinden sehend, die Lahmen gehend machte, die Aus

sätzigen reinigte, ruft uns zu: Mir nach, selig sind die Barmherzigen!

Nicht ohne Rührung können wir uns erinnern, dass schon früh in diesem Geiste des wahren Christenthums Verbrüderungen entstanden, deren Ordensregel war, die Dürstenden tränken, die Nackenden kleiden, die Hungerigen speisen. Auch Ihr Orden, meine Herren, war nicht ohne Verdienste um arme Unglückliche, die von Ihrem Ueberflusse lebten. Der Geist der Zeit — die Verhältnisse der Zeit, machten aber manches ganz anders, und mit dem Anwuchs der Bevölkerung wuchs auch die Zahl unserer unglücklichen Mitbrüder — die Klöster reichten nicht mehr hin, ihrer Aller Leiden zu lindern. Die Staaten waren genöthigt, zu ihrer Aufnahme grössere Anstalten zu errichten, und dadurch ihren Ansprüchen auf Versorgung in der Gesellschaft — gegründet in ihrer Menschlichkeit — Gerechtigkeit widerfahren zu lassen.

Auch unser Vaterland zählt dieser Unglücklichen, die an körperlichen und geistigen Gebrechen leiden, leider eine zu grosse Menge; ohne Freunde, ohne Familie, die sie unterstützen können, schmachten sie in Verzweiflung und Elend, und sie klagen uns laut bei dem Ewigbarmherzigen über unsere Unbarmherzigkeit an.

Verschwinden soll jetzt dieser Jammer; Ihr Unglücklichen gehört uns Allen an, Ihr seid unsere Brüder und Sr. Königliche Hoheit, unser tief verehrter Herrscher, der wahre Freund und Vater Aller seiner Unterthanen, gerührt durch die namenlosen Leiden, welche die Gebrechlichkeit, unser irdisches Erbtheil, schlug, fest und unerschütterlich in seinem Vorsatze, diesem abzuhelfen, haben allergnädigst befohlen, dass das Kloster, was Sie, meine Herren, seit 50 Jahren bewohnen, zu einer Kranken- und Irren-Anstalt verwandt, Euern und unseren unglücklichen Nebenmenschen, die Anspruch auf unser Erbarmen haben, eingeräumt werde, dass diese hier Obdach, Kleidung, Nahrung, Heilung und Pflege finden sollen.

Indem ich Ihnen, meine Herren, dieses aus Auftrag der Regierung bekannt mache, bescheide ich mich gern, dass Sie Ihre bisherige Wohnung nicht ohne Empfindungen verlassen werden, welche von der Rückerinnerung an Ihre hiesige klösterliche Verhältnisse unzertrennlich sind. Es soll Sie aber alle, die an das lebendige Gesetz der Menschenliebe, an unsere Pflicht, Unglückliche zu schützen und ihre Leiden zu mindern, glauben, trösten, dass die Gebäude, die Eure frommen Vorfahren schufen, dass das ganze Vermögen, was Ihr sammeltet, zu einem der edelsten

und wohlthätigsten Zwecke für die Menschheit verwendet werden soll.

Es soll Sie trösten, meine Herren, dass aus Ihrem Wohnsitze ein wahrer Tempel der Gottheit, der seine Religion, sein Gebot der Menschenliebe heiligt, entstehe. Es soll Sie trösten, dass Sie das Vaterland nicht unversorgt lasse, sondern dass Ihnen eben so friedliche und eben so bequeme Wohnungen werden angewiesen werden, worin Sie die nämlichen Einrichtungen finden werden, woran Sie einmal gewohnt sind.

Das Nähere hierüber wird Ihnen in wenigen Tagen bekannt gemacht werden; verhehlen darf ich es Ihnen aber nicht, dass die Regierung von Ihnen bis zu dem Augenblicke, wo Sie uns verlassen und in andere Klöster hinüberziehen, den nämlichen Gehorsam gegen Ihren bisherigen Obern, den Herrn Guardian *Kligge*, fordere, welchen Sie demselben bisher schuldig waren, dass Sie sich bis dahin keine Freiheit anmaassen dürfen, die Sie bis jetzt nicht hatten, und keinen Augenblick vergessen dürfen, dass Sie das Gelübde der Folgsamkeit und das Gelübde einer anständigen sittlichen Aufführung geleistet haben, und schliesslich erinnere ich Sie daran, dass das gesammte bisherige Klostervermögen nunmehr der neuen frommen Anstalt, dem Landeshospitale, angehöre, dass mir aufgetragen sei, dasselbe für dieses unversehrt zu erhalten und daher erwarten müsse, dass man mir diese Pflicht nicht durch Veruntreuungen erschweren werde. —

Einige der Conventualen wurden nun im Laufe des Januar, Februar und März 1813 mittelst Frohnfuhren nach den Klöstern Werl, Brenschede und Gesecke entfernt, andere blieben unter bestimmten Vorwänden noch zurück, noch andere kehrten wieder, weil man von der Bestimmung über ihre Aufnahme in die Klöster nicht unterrichtet wäre.

Wegen des letzten, mehrmals wiedergekehrten Paters wurde der Amtmann schliesslich angewiessen, ihn „*quovis meliori modo* von Marsberg zu entfernen, und falls er sich abermals dort betreten lasse, ihn sofort, erforderlichen Falls zwänglich, in das Kapuziner-Kloster zu Werl bringen zu lassen." (29/4. 13.)

Hiernach schritt man zur Veräusserung des Inventariums des Klosters und der Kirche, soweit dasselbe für den ferneren Zweck des Hauses nicht mehr gebraucht werden konnte. War es dieser Umstand, oder das Bewusstsein des Directors *Kligge*, dass er zu dem ihm übertragenen Posten nicht geeignet sei, oder beides zugleich, kurz er war eines Morgens, 26. Juli 1813, verschwunden und, wie er dem *Wintermeyer* gesagt, nach Paderborn zu den Sei-

nigen gegangen. Er hatte, wie es scheint, vorher bereits seine Entlassung bei der Regierung eingereicht, die ihm mittelst Decrets vom 27. Juli, also des anderen Tags, ertheilt wurde, durch welches dann zugleich der grossherzogliche Amtsarzt Dr. *Ruer* zu Marsberg zum provisorischen Director des zu errichtenden Instituts ernannt wurde.

Mit dem 1. September 1818 traten nun Medicinal-Rath *Stoll*, Justiz-Amtmann *Schulte* und Dr. *Ruer* zu Marsberg in nähere Verhandlungen über die Organisation des Instituts zusammen. Die beiden Letztgenannten waren der Meinung, dass die Verpflegung der Hospitaliten nicht für Rechnung der Regierung in Administration zu geben sei, eine Ansicht, welcher der Dr. *Stoll* beitrat. *Ruer* und *Schulte* schlugen zum Oekonomen des Hospitals den *Joseph Rhode* aus Obermarsberg vor, „einen Mann von mässigem Vermögen, hinlänglicher Bildung, grosser Uneigennützigkeit und Rechtlichkeit, dessen Frau *Lisette Biermann* von zulänglicher Bildung und gutmüthigem Charakter schon mehreren ansehnlichen Haushaltungen mit Beifall vorgestanden habe."

Dem *Joseph Rhode* wurde dann die Verwaltung der Oekonomie des Landeshospitals unter folgenden Bedingungen übertragen. Er erhielt seine Wohnung im Hospital für sich und seine Familie, Benutzung der ökonomischen Gebäude und des grossen Obst- und Gemüsegartens. Doch war derselbe gehalten, jene Einrichtungen zu treffen, welche der Director zur Verschönerung und zur Erhaltung der Gesundheit auf Kosten des Instituts anordnen würde, auch dem Director und den Hospitaliten den Aufenthalt im Garten und die Beschäftigungen der Letzteren auf gewissen Grundstücken nach Anordnung des Directors zu gestatten; ihm wurde sämmtliches Inventar der Oekonomie und des Haushalts unter gewissen Bedingungen gegen Caution übergeben; er erhielt jährlich 24 Malter Buchenholz zu 80 Kubikfuss frei geliefert. Dagegen sollte der Oekonom in den Sizungen der halbjährlich zusammentretenden Verwaltungs-Commission sich in der Art betheiligen, dass er alle ökonomischen Rechnungen mit Belägen vorlege und geeignete Anträge über das Verpflegungswesen mache. Der Oekonom hatte das gesammte Inventar an Möbeln, Leinwand, Kleidungsstücken etc. zu beaufsichtigen und resp. zu bewahren und über dessen Ersatz durch den Rechnungsführer dem Director Anzeige zu machen. Der Oekonom soll einen der bei ihm in Kost und Lohn stehenden Dienstleute bezeichnen, welche zur Unterstützung der Wärterinnen beim Reinigen des Hauses, Heitzen etc.

dienen, wohingegen Hospitaliten, deren Zustand es erlaubt, für den Oekonomen im Garten und anderwärts Dienste leisten könnten.

Die von dem Oekonom zu gewährende Beköstigung für die Hospitaliten und das Wartepersonal sollte bestehen in täglich 1½ Pfd. Brod von gebeuteltem Mehl und einem rheinischen Maass Bier (von welchem zu einem Ohm 60 Pfd. Gersten-Malz und ½ Pfd. Hopfen genommen wird).

Zum Frühstück: eine Suppe von ½ Maass Bier, ½ Maass Milch und etwas Mehl, 2 Loth Butter zum Brod.

Zum Mittagsessen: dreimal wöchentlich ½ Maass frische Fleischsuppe mit Hafergrütze, geschälter Gerste oder anderem Zusatz, ½ Pfd. Fleisch und eine angemessene Portion Gemüse; Sonntags statt des Fleisches Wurst; zweimal wöchentlich substanziöse Suppe von Hafergrütze und getrocknetes und gekochtes Obst; einmal wöchentlich Suppe von Milch, Wasser und Mehl und Pfannkuchen oder Gemüse oder Brei und Käse.

Abends wird täglich zweierlei abwechselnd gegeben, nämlich entweder Suppe und Salat oder gekochtes Obst und Käse oder Milch und leichtes Gemüse. — Zusätze und Gemüse wechseln nach den Jahreszeiten, statt Fleisch könne 6 Loth Speck, statt der Wurst zuweilen Fische, gebratenes Rind-, Kalb- oder Hammelfleisch gegeben werden. Der Oekonom erhält für diese Speisung täglich 16 Stüber für jede Person, macht jährlich 97 Thlr. — Wein und besondere Verabreichungen nach ärztlicher Anordnung werden besonders berechnet und aus der Kasse gezahlt. Für Kinder wird die Hälfte verabreicht und bezahlt.

Pensionairs, welche aus eigenen Mitteln zahlen, sollen über den Preis mit dem Oekonomen sich vereinbaren, wobei jedoch, um des guten Rufes des Instituts willen, ein billiger Maassstab anzusetzen wäre.

Wenn die Rumford'sche Suppen-Anstalt, die man projectirte, im Hospitale eingerichtet, und dadurch eine weit wohlfeilere Beköstigung eingeführt sein würde, so sollte ein anderweitiger Accord eintreten.

Der Stadt-Rentmeister *Philipp Busch* war am 21. September 1813 als Rechnungsführer des Landeshospitals vereidigt worden, während dieser Act in Bezug auf den bis dahin provisorischen Director Dr. *Ruer* am 14. October 1814 stattfand. Aus der ihm hierbei behändigten Dienstordnung für die Officianten heben wir folgendes Erwähnenswerthe hervor.

Auszug
aus der Dienstordnung für die Officianten der Irren- und Kranken-Anstalt zu Marsberg.

Erster Abschnitt.
Von den Officianten der Irren- und Kranken-Anstalt zu Marsberg.

§. 1.
Personenzahl.

Die bei der genannten Staats-Anstalt oder dem Landeshospitale angestellten Officianten sind: 1) der Director oder Vorsteher, 2) der Arzt, 3) der Oekonom, 4) der Rechnungsführer und 5) die Krankenpfleger für männliche Hospitaliten und die Krankenwärterinnen für weibliche Hospitaliten.

§. 2.
Erläuterungen.

1. Die Stellen des Directors und des Arztes sind gegenwärtig bei der Gründung des Instituts mit einander verbunden. Der jetzige Director und Arzt desselben hat also alles dasjenige vereint zu befolgen, was diese Dienstordnung in Beziehung beider vorschreibt. Die Verrichtungen dieser Beamten werden aber hier aus dem Grunde von einander getrennt aufgestellt, weil in Zukunft, bei Erweiterung der Anstalt, die Stellen des Directors und des Arztes vielleicht von 2 verschiedenen Personen versehen werden dürften.

6. Chirurgische Hülfleistungen werden noch zur Zeit von dem Amtswundarzte zu Marsberg gegen eine taxmässige Vergütung besorgt; und wegen der geistlichen Verrichtungen wird in der Folge, wenn die Hauskapelle fertig ist, das Erforderliche noch verfügt werden.

Zweiter Abschnitt.
Von dem Verwaltungsrathe des Landeshospitals.

§. 3.
Verfassung desselben.

Der Director und Arzt, der Oekonom und der Rechnungsführer bilden einen Verwaltungsrath, der sich förmlich zu constituiren hat.

Der Grossh. Justiz- und Polizei-Beamte zu Marsberg soll, gemäss der ihm unterm 7. Juni d. J. zugegangenen Regiminalverfügung als vorsitzendes Mitglied an den regelmässigen Sitzungen, und in ausserordentlichen Fällen, nach geschehener Einladung von der Hospitals-Direction, an den Berathungen des Verwaltungsrathes, besonders in polizeilicher Hinsicht, und an Abfassung und Vollziehung der Beschlüsse desselben Theil nehmen.

Der Verwaltungsrath versammelt sich vor der Hand und bis auf weitere Verfügung regelmässig alle sechs Monate, und zwar am Ende der Monate März und September, in dem zur Aufbewahrung der Registratur und des Mobilar-Inventars des Hospitals bestimmten Zimmer, und setzt alsdann seine Sitzungen so lange fort, bis die Berathungen über die vorliegenden Gegenstände zur Beendigung und zum Beschlusse gediehen sind.

§. 4.

Geschäftskreis.

6. Nach der Rechnungslage können nunmehr auch andere Gegenstände beseitigt werden. Die von dem Hospitalarzte unterrichteten Krankenwärter und Wärterinnen werden, wie in der Dienstanweisung für den Ersteren näher bestimmt wird, im Beisein der Mitglieder des Verwaltungsraths förmlich geprüft.

Dritter Absohnitt.

Von den Dienstpflichten des Directors der Irren- und Kranken-Anstalt zu Marsberg.

§. 6.

Allgemeine Pflichten des Hospital-Directors.

1. Die Hauptpflicht des Directors ist: mit Einsicht, Treue und Fleiss alles abzuwenden, was dem Institute, in Rücksicht seiner Verfassung und Verwaltung, nachtheilig werden könnte, und alle seine Kräfte aufzubieten, den Vortheil desselben zu befördern, um es bei dem in- und auswärtigen Publicum in einen guten Ruf zu bringen und darin zu erhalten.

Zur Beförderung dieses Zweckes soll der Director gleich nach Eröffnung des Instituts folgende, mit grossen, wohl leserlichen Buchstaben geschriebene Aufforderung an die Hausthür des jetzigen Hospital-Gebäudes befestigen lassen und dafür sorgen, dass dieselbe immer an dieser Stelle zu finden ist:

„Jeder gebildete Fremde, besonders durchreisende Aerzte, welche diese Irren- und Kranken-Anstalt aus Theilnahme gegen ihre hier wohnenden Mitmenschen besuchen wollen, haben sich

deshalb bei dem Director zu melden, der selbst sie in das Innere derselben führen wird und, auf Verlangen, ihnen die Kranken und von den Wahnsinnigen diejenigen, welche ohne Nachtheil ihres Gemüthszustandes Besuche von Fremden annehmen dürfen, zeigen wird. Sachkundige werden gebeten, entdeckte Mängel und Gebrechen oder Vorschläge zur Verbesserung der Anstalt dem Vorsteher freimüthig mündlich zu eröffnen, oder ihre Bemerkungen darüber in dem Sitzungszimmer des Verwaltungsrathes des Landeshospitals aufzuzeichnen und daselbst offen oder verschlossen niederzulegen."

4. Der Director wird nie ausser Augen setzen, dass der von der Staatsregierung bestimmte Aufenthalt für Menschen. die an Krankheiten der Seele leiden, eine, durch die Gesetze der Menschlichkeit geheiligte Stätte ist; dass die Unglücklichen dieser Art nicht als Gefangene, sondern als Kranke betrachtet und behandelt werden müssen; und dass den Vorstand einer Irrenanstalt, in Rücksicht der seiner Verpflegung Anvertrauten, die höchsten Vorzüge und Tugenden des Menschen — zweckmässiger Gebrauch aller ausgebildeten Seelenvermögen und moralische Herzensgüte — in allen seinen Handlungen leiten sollen. Er muss ein besonderes Studium daraus machen, den Ueberrest der Vernunft oder der moralischen Freiheit der Wahnsinnigen durch eine liebevolle Behandlung zu erhalten, und den Ausbrüchen ihres verkehrten Denkvermögens Gelassenheit, Geduld, Sanftmuth und Aufopferungen entgegensetzen. Befestigung, Züchtigung und Zwang werden nur, wie hernach noch besonders bemerkt werden wird, in bestimmten Fällen und auf eine angemessene Art angewendet. Uebrigens hat der Director, wie jeder andere Officiant im Hospital, namentlich die deshalb ganz besonders anzuweisenden Wärter, wegen der Handlungen und Aeusserungen verrückter Personen, sowohl im Zustande des Wahnsinns als in hellen Zwischenzeiten dieser Seelenkrankheit, das tiefste Stillschweigen zu beobachten, und möglichst zu verhüten, dass durchaus nichts davon unter die Leute komme, sondern als ein Geheimniss der Anstalt verbleibe.

§. 7.

Obliegenheiten des Directors in Beziehung der übrigen Officianten des Hospitals.

4. Die Hospitals-Wärter und Wärterinnen — welche der Director auf den Inhalt der sie angehenden Instruction bei dem Grossh. Justizamte verpflichten zu lassen hat — sind den Anordnungen des Vorstandes untergeordnet. Der Vorsteher kann übrigens ohne Genehmigung der Regierung keine dieser Personen

in den Dienst des Hospitals annehmen und aus demselben entlassen; in beiden Fällen hat er seine mit Gründen unterstützten Anträge an die Regierung gelangen zu lassen und deren Verfügung abzuwarten. Es ist aber seine Pflicht und es liegt in seinen Befugnissen, die eingestellten Pfleger der Hospitaliten anzuhalten, nach dem Inhalte ihrer Dienstanweisung ihre Schuldigkeit zu thun, sie bei geringen Fahrlässigkeiten zu warnen und ihnen Verweise zu geben; bei wichtigen Vergehungen im Dienste dem Schuldigen den Aufenthalt von einer oder mehreren Stunden in dem Arrestzimmer anzuweisen, oder denselben mit einer, bis auf einen Gulden gehenden und von dem Dienstlohne abzuziehenden Geldbusse zu belegen, und bei gänzlicher Vernachlässigung seiner Obliegenheiten ihn einstweilen ausser Dienstwirksamkeit zu setzen und hierüber an die Regierung zu berichten.

5. Bei Vorfällen, welche in das Polizeifach überhaupt einschlagen und unmittelbare Einschreitungen der polizeilichen Wirksamkeit nothwendig machen, hat der Vorsteher den Grossh. Justiz- und Polizei-Beamten in Marsberg dazu aufzufordern und von ihm Unterstützung zu gewärtigen.

§. 9.

Was der Director bei der Aufnahme eines Hospitaliten, Absonderung derselben, und besonders wegen Aufstellung der Hospitals-Register zu beobachten hat.

1. Er hat immer darauf zu sehen, dass die männlichen und weiblichen Hospitaliten überhaupt, und von diesen die an heilbaren und unheilbaren Seelenkrankheiten von den an anderen heilbaren und unheilbaren Krankheiten Leidenden, mit Rücksicht auf die für bezahlende Kostgänger besonders bestimmten Zimmer, soviel als möglich getrennt wohnen. Wenn es der Raum eines Zimmers erlaubt, zwei Hospitaliten in demselben unterzubringen, so ist dabei auf solche Personen Rücksicht zu nehmen, die sich die nöthige wechselseitige Unterstützung zu leisten am geeignetsten sind. Bei der Einrichtung der Kirche — mit Ausschluss des zur Kapelle bestimmten Theiles derselben — zu Wohnungen, oder bei Erweiterung dieser Anstalt in der Folge, wird der Vorsteher die an Seelenkrankheiten Leidenden von den übrigen Kranken überhaupt trennen, und jene in dem neuen Bau unterbringen, während diese in dem jetzigen Hospitals-Gebäude verbleiben. Er hat dabei auf den sehr wichtigen Umstand Bedacht zu nehmen, dass die am Geiste zerrütteten heilbaren Hospitaliten nach Verschiedenheit ihres psychischen Zustandes überhaupt, folglich

a. die Epileptisch-Verrückten,

b. die Blödsinnigen, Stupiden oder am Verstande Schwachen,
c. die Melancholischen oder Schwermüthigen,
d. die Wahnsinnigen und Verrückten und
e. die Tobsüchtigen, Wüthenden *(Maniaci)*,

und diese nach den verschiedenen Unterabtheilungen der Seelenkrankheiten, in psychologischer Beziehung besonders, abgesondert werden.

4. Uebrigens soll die Aufnahme eines an der Seele kranken Menschen nicht mit Geräusch, sondern in möglichster Stille geschehen: ein solcher Unglücklicher sollte nie wissen, dass er in ein Irrenhaus versetzt sei; deshalb haben auch die Officianten zu Marsberg bei der lauten Benennung dieser Anstalt sich des Ausdrucks „Landeshospital" zu bedienen.

§. 10.

Sorge des Directors für Reinigung etc. und zweckmässige Unterbringung der Aufgenommenen, Reinlichkeit im Hospitale, Beköstigung, Führung eines Verköstigungstagebuchs, Bekleidung und Behandlung der Hospitaliten während ihres Lebens, in zufälligen Krankheiten und nach dem Absterben derselben.

1. Dem Hospitaliten werden, wenn er nicht verstandslos ist, von dem Director die Vorschriften ertheilt, was ihm als Bewohner des Hospitals obliegt, und was er in demselben zu fordern berechtigt ist. Leidet der Aufgenommene an Wahnsinn: so hat ihn der Vorsteher mehrere Tage nacheinander zu beobachten, um die Art und Gattung seines psychischen Zustandes im Allgemeinen auszumitteln, und hiernach seine Maassregeln wegen des künftigen Aufenthalts desselben zu nehmen, z. B. dem Traurigen ein Wohnzimmer, dessen Aussicht in die offenen Naturumgebungen geht, dem Herrschsüchtigen und Stolzen ein abgesondertes Gemach etc. anzuweisen.

2. Wegen Vertilgung der Ratten, welche laut der Erfahrung in Irrenhäusern häufig angetroffen werden, sollen keine der menschlichen Gesundheit nachtheiligen oder giftigen Mittel ausgelegt und keine Vorrichtungen an Thüren, zum Durchgange der Katzen, wie sie sich in verschiedenen Irrenhospitälern noch befinden, angebracht werden, sondern, ausser Fallen, welche der Krankenwärter zu stellen hat, gemahlene wälsche Bohnen mit Lavendelöl u. dergl. in Anwendung kommen.

4. Die gleichförmige Kleidung derjenigen Wahnsinnigen, welche solche an sich leiden und Hoffnung zur Genesung geben, hat in psychologischer Rücksicht manches Nachtheilige. Die von

der unterzeichneten Behörde genehmigte Musterkleidung mag im Allgemeinen für arme Hospitaliten zum Maassstabe genommen werden; es bleibt aber der Einsicht des Vorstehers überlassen, die Farbe des Tuches und die Form der Kleidung, in einzelnen Fällen, nach den individuellen Umständen der seelenkranken Pfleglinge zu bestimmen. Man findet es aber nützlich, die zinnernen oder messingenen Knöpfe der Kleidung der Letzteren mit den Buchstaben H. M. (Hospital Marsberg) versehen zu lassen, um durch dieses Merkmal das Wiederfinden eines aus dem Hospitale etwa zufällig Entsprungenen zu erleichtern.

5. Der Director muss dafür besorgt sein, dass die Hospitaliten von allen, die mit ihnen zu thun haben, liebreich behandelt werden. Unverträglichkeit unter ihnen selbst wird am besten durch Trennung der Zanksüchtigen und dass man diesen Friedliebende zugeselle, beseitigt. Die anzuwendenden Strafmittel müssen psychologisch gewählt werden: den Handlungen aus Uebermuth werden Entbehrungen und Arrest in einem dunkeln Zimmer entgegengesetzt; der Dieb erleide einen Abzug an seinen Lieblingsbedürfnissen, um das Entwendete wieder zu ersetzen u. s. w. Von den körperlichen Züchtigungen gegen Misshandlungen, sowie von den Zähmungsmitteln bei Wüthenden, deren Bestimmung und Anwendung nach psychologisch-medicinischen Grundsätzen erwogen werden muss, wird hernach die Rede sein.

Der Vorsteher hat darauf zu sehen, dass die Gemüthskranken in dem Hospitale gehalten, und nur diejenigen von ihnen, welche nach ärztlicher Beurtheilung in das Freie geführt werden müssen, oder einer Zerstreuung bedürfen, in dem Garten auf den hierzu bestimmten Grundstücken längs der Seitenmauer desselben, oder in dem Saale, durch Bewegung und eines Jeden Individualität angemessene Arbeit beschäftigt werden.

§. 11.

Was dem Vorsteher des Hospitels bei der Beurlaubung, Entlassung, Entweichung und beim Absterben eines Hospitaliten obliegt.

1. Der in einigen Irren- und Kranken-Anstalten bestehende Missbrauch, dass der Oberaufseher Melancholischen und am stillen Wahnsinn Leidenden, unter dem Vorwande: ihre Angehörigen in der Nähe zu besuchen, sich zu zerstreuen, auf dem Lande durch Handarbeit etwas zu verdienen u. s. w., auf mehrere Tage Urlaub ertheilt, soll in dem Hospitale zu Marsberg schlechterdings nicht geduldet werden. Träte der Fall ein, dass ein Hospitalit, der Kostgeld bezahlt, eine Zeitlang aus dem Hospitale herausgehen

wollte: so hat der Director selbst dann, wenn die Verwandten jenes dessen Gesuch unterstützen, oder für sich auf diesem Ansinnen beständen, zuvor Bericht zu erstatten und Verfügung abzuwarten. Derselbe ist für genaue Befolgung dieser Weisung besonders verantwortlich.

2. Es soll möglichst verhütet werden, dass kein Hospitalit sich heimlich aus der Anstalt entferne, und kein Wahnsinniger etwa durch Ueberwältigung seines Wärters entspränge. Werden immer nur einige Wahnsinnige in den Garten geführt und während ihres Aufenthaltes in demselben die Thore verschlossen gehalten, und wird überhaupt darauf gesehen, dass im Innern des Hospitals keine Thür ohne Absicht offen steht und der Wärter hierin seine Schuldigkeit beobachtet, so tritt ein solcher Fall nicht leicht ein. Geräth ein Mensch, während er ausser dem Hospitale, jedoch im Hof- und Gartenraume desselben ist, in Wuth und will sich in sein Gemach nicht wieder zurückführen lassen: so ist es lediglich die Sorge des Vorstehers, mit Hülfe des, mit einem sogenannten Fangstocke versehenen Wärters, den Rasenden willenlos zu machen und ihn in sein Zimmer zu bringen, weil, wie der Vorsteher weiss, in einem solchen Falle durch die Gewalt vieler Menschen nichts ausgerichtet wird, durch eine ihm bekannte, auf psychologischen Gründen beruhende Veranstaltung aber die Absicht erreicht werden kann. Entspränge der Wüthende etwa über die Mauer in die nächste Umgebung des Hospitals, und fände der Director in diesem Falle, ausser den Dienstleuten in der Anstalt mehrere Menschen zu seiner Unterstützung nöthig, so hat er den Ortsbeamten hierzu aufzufordern, der verbunden ist, dieser Aufforderung auf der Stelle zu entsprechen.

Vierter Abschnitt.

Von den Verpflichtungen des Hospitalarztes.

§. 15.

Besondere Dienstpflichten des Arztes in Beziehung des Unterrichts und der Prüfung der zur Wartung der Hospitaliten bestimmten Personen.

Der Hospitalarzt hat täglich, in bestimmten Stunden, die Krankenwärter und Wärterinnen über die Pflege der Siechen, der Kranken und besonders der an Geisteszerrüttung Leidenden zweckmässig zu unterrichten und diesen Unterricht so lange fortzusetzen, bis, nach seiner Ueberzeugung, dieselben in einer strengen Prüfung zu bestehen vermögen. Diese Prüfung hat er, wie im §. 4 Art. 6.

bestimmt ist, in der Sitzung des Verwaltungsrathes oder im Beisein der Mitglieder desselben vorzunehmen und das über diesen Act abzuhaltende Protocoll mit Bericht für jetzt an die Regierung unmittelbar einzusenden.

§. 16.

Besondere Obliegenheiten des Arztes in Ansehung der Pflege und Beköstigung im Hospitale.

Es ist Pflicht des Hospitalarztes, die Wohnungen der Hospitaliten täglich zu besuchen; sich nach dem Zustande, Betragen, der Bekleidung und Bettung, Verköstigung und Wartung der Hospitaliten zu erkundigen; die, sowohl in der angegebenen, als in medicinisch-polizeilicher Rücksicht, wegen Luftreinigung, Erwärmung und anderer Erfordernisse eines wohl eingerichteten Hospitals zu treffenden Maassregeln zur Ausführung zu befördern; insbesondere aber darauf zu sehen, dass gesundes Vieh geschlachtet, das Brod wohl ausgebacken, reines Bier gebrauet, keine der Gesundheit nachtheiligen Küchengeräthe gebraucht und die von ihm geprüften und gut befundenen Speisen und Getränke den Hospitaliten angemessen verabreicht werden.

§. 17.

Verpflichtungen des Arztes wegen der an Seelenkrankheiten leidenden Hospitaliten.

Der Arzt wird es sich selbst zur angelegentlichsten Berufspflicht machen, seine psychologischen Kenntnisse durch fortgesetztes Studium der Erfahrungs-Seelenlehre und der Gemüthskrankheiten zu erweitern, und in dieser Absicht die besten Schriften hierüber, welche aus der Hospitalskasse angeschafft werden und dem Institute verbleiben sollen, fleissig benutzen, um die bewährten Erfahrungen der vorzüglichsten Beobachter, sowohl bei der Bestimmung der psychologischen Lebensordnung unheilbarer Seelenkranken, als auch bei Heilung derjenigen, welche Hoffnung zu Wiedergenesung geben, auf psychischem Wege anzuwenden. Hauptsächlich wird er die Individualität eines jeden, besonders heilbaren Wahnsinnigen studiren, um auf diesem einzigen, der Werkstatt der Seele zugänglichen Wege das letzte Ziel seiner Bestrebungen und den höchsten Zweck seiner Kunst zu erreichen, einem, wenn auch kleinen Theile dieser Unglücklichen, welchen das eigentliche Gepräge der Menschheit abgeht, zum Gebrauche der Vernunft wieder zu verhelfen. Der Arzt wird bei den öfteren Beobachtungen dieser Kranken sich vorerst darüber Gewissheit zu verschaffen suchen, welche Ursachen die Geisteszerrüttung hervorgebracht haben, ob sie ganz, zum Theil, oder gar

nicht zu entfernen sind; er wird die in einzelnen Fällen ihm mitgetheilt werdenden früheren Krankheitsgeschichten dieser Hospitaliten mit den Ergebnissen seiner Beobachtungen vergleichen, derselbe wird vorzüglich darauf aufmerksam sein, ob bei einem solchen Kranken von Zeit zu Zeit, besonders bei der Frühlings-, Herbst-, Tag- und Nachtgleiche, bei dem Mondswechsel und während andere Einflüsse auf seinen Organismus wirken, kritische Bewegungen im Seelenorgan, die sich als ungewöhnliche psychische Erscheinungen, nicht selten durch den Ausbruch von Raserei (*Mania*) äussern, wahrzunehmen sind, und was hierauf in den sogenannten hellen Zwischenzeiten erfolgt u. s. w. Auf diesem Wege gelangt der Arzt zur Vorhersagung, ob der Seelenkranke zu heilen sei, oder nicht. Im ersten Falle müssen dergleichen Kranken, von den übrigen getrennt, in etwas abgelegene freundliche Zimmer gebracht und daselbst mit den durch die Erfahrung erprobten psychischen Mitteln behandelt werden. Wegen des ausgezeichneten Einflusses der täglichen unmittelbaren Behandlung der Irren auf ihr Schicksal, wird der Arzt alle seine psychologischen Kenntnisse aufbieten und sein Ansehen geltend machen, um ein wechselseitiges, auf Liebe und Zutrauen gegründetes Verhältniss zwischen den Seelenkranken und ihren Wärtern zu bewirken und zu befestigen, wie es die grosse Wichtigkeit des Gegenstandes pflichtmässig fordert. In dieser Hinsicht sind die Krankenpfleger der ärztlichen Wirksamkeit in allen Beziehungen untergeordnet.

Gebrauch der Zähmungsmittel bei Tobsüchtigen. Abhaltungsmittel gegen Selbstverletzungen.

Der Gebrauch der Zähmungsmittel bei Tobsüchtigen wird zwar in jedem einzelnen Falle der pflichtmässigen Ueberzeugung des Arztes überlassen; damit aber hierin auch jeder Verdacht eines bei mehreren Instituten dieser Art schon öffentlich gerügten Missbrauchs entfernt werde: so werden im Allgemeinen nur folgende, in den nämlichen Graden wie die Reihefolge ihrer Benennungen zeigt, in Anwendung zu bringen sein.

1) Abbruch der gewöhnlichen Nahrung oder Heruntersetzen der Kost auf die Menge, welche gesunde, nicht wahnsinnige Menschen, zur Stillung des Hungers bedürfen.

2) Halbe Kost oder Hungerleiden.

3) Hungerleiden geschärft mit Einsperren — mit Rücksicht auf den bevorstehenden psychologischen Zustand des Rasenden, z. B. ein finsteres Gemach für den Uebermüthigen — und absichtlich gleichgültiges Benehmen des Wärters gegen ihn.

Dieses Mittel ist in den meisten Fällen vorzugsweise anzuwenden.

4) Die Bekleidung mit dem englischen Kittel oder mit der Zwangsweste mit langen Aermeln. Die Beinkleider können auf die nämliche Art gemacht und gebraucht werden.

5) Das Binden der Hände und Füsse mit Strängen von baumwollenem Garn. Einen Vorzug vor diesem Zwangsmittel hat jedoch die Befestigung des Rasenden im Bette mit Gurten, wie dem Hospitalarzt bereits bekannt ist, weil vermittelst dieser Vorrichtung, beim Nachlasse der Wuth, ein Glied nach dem andern wieder gelöset werden kann.

6) Der von *Reil* vorgeschlagene sogenannte Tollriemen, welcher aus einem breiten Leibgürtel von Juchten besteht, mit Barchent gefüttert ist und um den Oberleib geschnallt wird. An jeder Seite hat er zwei schmälere Armgürtel für den Ober- und Unterarm und hinten einen metallenen Ring, durch welchen man den Verrückten an die Wand befestigen kann. Im Nothfalle können ähnliche Gurten an die Füsse gelegt werden.

7) Der Sessel oder die Schaukel von *Coxe.*

8) Der Fangstock mit eiserner Forke (einfach und mit Federn) bei entsprungenen Rasenden, um ihrer, auf die bekannte Art, wieder habhaft zu werden.

9) Andere Mittel, welche in bestimmten psychologischen Zuständen mit erprobtem Nutzen angewendet werden, als: das Aufziehen an dünnen Strängen Garn oder breiten Bändern; die *Autenrieth*'sche Larve für diejenigen, welche unaufhörlich schreien; das Einsperren in einen Sack von grober Leinwand, der den Durchgang der zum Athmen nothwendigen Luft nicht hemmt und über das Haupt und den Körper gezogen und an den Füssen gebunden wird, um durch Entfernung aller äusseren Gegenstände, die Wuth des Wahnsinnigen zu mässigen und ihn zu beruhigen; das Zusammennähen der Aermel an das Leibstück der hinten zugeknöpften Weste und der inwendigen Seiten der bis auf die Füsse gehenden Beinkleider, um den Wüthenden eine Zeit lang ganz ausser Stand zu setzen, von seinen äusseren Gliedmassen Gebrauch zu machen u. dergl. wird der Arzt immer und in jedem Falle mit Beurtheilung und Vorsicht anwenden, und überhaupt alle genannten Zwangsmittel nicht länger gebrauchen, als es nöthig ist.

Der in einigen Irrenhäusern noch bestehende Trog oder Kasten zum Einsperren der Verrückten, eiserne Schienen, Handschellen, Ketten, Anschliessen mit denselben an Fussböden und Klötzen, das Kugelschleppen, Stockschläge, das Stürzen in's Wasser und

Untertauchen in dasselbe, sowie das glühende Eisen (wenn beide letztere nicht als medicinisch-chirurgische Hülfsmittel zum Zwecke der Heilung in bestimmten Fällen angezeigt sind) sollen in dem Landeshospitale zu Marsberg nie als Zwangsmittel — und die vorhin genannten nur in denjenigen psychologischen Zuständen, welche von Philosophen und Aerzten, die über Seelenkrankheiten aus Erfahrung geschrieben haben, bestimmt sind, gebraucht werden. Dieses gilt namentlich von der körperlichen Züchtigung, welche nur in den beiden Fällen stattfindet, wenn nämlich der Irre noch Bewusstsein von Unrecht und Strafe hat, und wenn Wüthenden durch keine anderen und milderen Mittel Folgsamkeit gegen ihre Wärter eingeflösst werden kann. Die Züchtigung in diesen Fällen darf aber nicht anders als mit dünnen ledernen Peitschen oder besser mit Ruthen geschehen.

10) Es wird dem Arzte zum besonderen Verdienste gereichen, durch Erfahrungsfälle und Nachdenken sich wenigstens zum Theil die schwierigste Aufgabe der ärztlich-psychologischen Technik zu lösen: die an Geisteszerrüttung Leidenden durch menschliche, die freie Thätigkeit des Körpers nicht zu sehr beschränkende und zweckmässige Mittel gegen Selbstverletzungen möglichst zu sichern. In der Ueberzeugung, dass es der menschlichen Einsicht noch nicht gelungen ist, dieses Ziel zu erreichen, muss man sich hier nur auf zwei Gegenstände beschränken:

a. Gegen das häufige Zerschlagen des Kopfes, durch Widerrennen an die Wand und Aufstossen desselben an die Bettstelle und andere harte Körper ist bei denjenigen Individuen, bei welchen, nach Beurtheilung des Arztes, keine in dem Organismus des Kranken bedingten Gegenanzeigen vorhanden sind, ein Fallhut, wie man dergleichen bei Kindern, die gehen lernen, anzuwenden pflegt, als Kopfbedeckung zu gebrauchen. Bei Epileptisch-Verrückten ist besonders hierauf Rücksicht zu nehmen.

b. Bei denjenigen, welche durch naturwidrige Befriedigung des Begattungstriebes sich den Verlust des Verstandes zugezogen haben, und in diesem Zustande, wie gewöhnlich geschieht, Selbstbefleckung forttreiben, sind, wenn die englische Weste, oder eine gewöhnliche Weste mit Tragriemen, wodurch die Hände in die Höhe gehalten werden, Handschuhe mit Schellen und dergleichen nicht genügen, oder keinen anhaltenden Gebrauch zulassen, mit dem *Schulz*'schen Gürtel, oder anderen gleichen, nach den Grundsätzen der chirurgischen Verband- und Maschinenlehre verfertigten Abhaltungsmitteln Versuche zu machen.

§. 19.

Aerztliche Behandlung kranker Hospitaliten.

3. Die Arzneien für die Hospitaliten ohne Unterschied werden aus der Apotheke zu Marsberg, und für Arme auf halbjährige Rechnung bezogen.

Dem Arzte wird es aber um so mehr zur besonderen Pflicht gemacht, den am Körper und an der Seele Kranken — wenn Letztere heilbar sind — nur die nöthigsten wirksamen, inländischen, wohlfeilen und einfachen Arzneimittel zu verschreiben, weil namentlich bei heilbaren Seelenkranken Erholung, Zerstreuung, Bewegung, Gartenarbeit und andere, dem Stande, der gewöhnten Lebensart und dem individuellen Zustande eines jeden Kranken angemessene unschädliche Lieblingsbeschäftigungen die vorzüglichsten Bedingungen der psychischen Heilung und Wiedergenesung sind.

Fünfter Abschnitt.

Von den Obliegenheiten der Hospitalwärter und Wärterinnen.

3. Er soll sich überhaupt gegen die Hospitaliten, besonders gegen die am Verstande Kranken, liebreich betragen, sie immer liebreich und freundlich behandeln und nie zulassen, dass sie von Anderen verlacht, verhöhnt, geneckt und zum Zorne gereizt werden. Der Wärter darf sich daher nicht beigehen lassen, ohne ausdrückliche Weisung des Directors und Arztes, einen Verrückten eigenmächtig zu züchtigen, oder Zähmungsmittel bei demselben anzuwenden, sondern muss dieses nach Vorschrift thun. Sollte ein oder der andere Hospitalit Unordnungen begehen: so hat er dieses dem Vorsteher anzuzeigen und dessen Verfügung zu befolgen.

Sechster Abschnitt.

Von den Obliegenheiten der armen oder unentgeltlich aufgenommenen Hospitaliten, welche noch arbeitsfähig sind.

3. Die in dem vorhergehenden Artikel genannten Dienstleistungen haben die Hospitaliten unentgeltlich zu verrichten; sind aber ihre Arbeiten der Art, dass dadurch dem Hospitale bedeutende Ausgaben erspart werden können, z. B. Schuhe, Kleider und Hemden machen, Strümpfe stricken u. dergl., so soll ihnen dafür, zur Beförderung ihres Lebensgenusses im Hospitale, oder um, für den Fall ihrer völligen Genesung und Entlassung aus dieser Anstalt, sich etwas zurückzulegen, aus der Hospitalskasse eine billige

Vergütung geleistet werden, welche der Verwaltungsrath zu bebestimmen hat.

Siebenter Abschnitt.

Von dem Gehalte, Dienstertrage und den Gebühren der Officianten des Landeshospitals; besonders von den Rechnungen der Medicinalpersonen.

§. 26.

Bezahlung für ärztliche Bemühungen, Arzneien und Aufwartung im Hospitale. (Ohne Interesse.)

Schluss.

Von der polizeimässigen Untersuchung des Landes-Hospitals.

Die Regierung hat das Zutrauen zu den jetzigen Beamten des Landeshospitals, dass sie aus eigenem Ehr- und Pflichtgefühle ihre in dieser Dienstordnung aufgestellten Obliegenheiten mit Einsicht und strenger Gewissenhaftigkeit genau erfüllen werden. Die Natur und Beschaffenheit einer solchen, in ihren Zwecken so wichtigen Anstalt macht es aber dennoch, schon um des äusseren Rufes willen, nöthig, dass sie von Zeit zu Zeit in staatspolizeilicher Hinsicht untersucht werde. Die unterzeichnete Behörde wird also diese Untersuchung durch einen Commissar in unbestimmten Zeiten und in der Absicht vornehmen lassen, um die Officianten durch ihren Beifall aufzumuntern, zur Vervollkommnung des Instituts nach Kräften fortzuwirken; Mängel und Gebrechen, die, bei der Unvollkommenheit aller menschlichen Anstalten, gegen den besten Willen der Officianten, sich etwa eingeschlichen haben könnten, durch angemessene Maassregeln zu beseitigen; und selbst die hier gegebenen Vorschriften, nach den jedesmaligen Bedürfnissen des Instituts, wenn die Erfahrung hierin mehr vorgeleuchtet haben wird, durch besondere Verfügungen näher zu bestimmen.

Arnsberg, den 19. Juli 1814.

Grossherzoglich Hessische für das Herzogthum Westfalen angeordnete Regierung.

(gez.) *Minnigerode.* Dr. *Stoll.* *Linhoff.*

In einigen anderen Verfügungen von demselben Datum werden dann nähere Bestimmungen gegeben über die Art der Unterbringung von Geisteskranken, über die bei deren Ueberbringung zu beantwortenden Fragen, über die Höhe des Verpflegungssatzes

(50 Gulden halbjährlich für arme Kranke) und andere administrative Maassregeln.

Es ist wohl kaum, selbst für Nicht-Irrenärzte, zu bemerken nöthig, dass diese Bestimmungen, die zum grössten Theil auf gänzlich aufgegebenen Anschauungen über das Wesen und die Behandlung des Irreseins beruhen, längst nicht mehr in Kraft sind.

Ausser den Klostergebäuden, einigen dazu gehörigen Grundstücken, dem Kapital-Vermögen des Klosters zu 2,391 Thlrn. und dem vorgefundenen Inventar wurden zur Ausbesserung der Gebäude und ersten Einrichtung der Anstalt 9,000 Florin aus der Westfälischen Wohlthätigkeits-Kasse, 2,824 Kubikfuss beschlagenes Eichen-Bauholz unentgeltlich aus den herrschaftlichen Waldungen, und ein Theil des nicht verkauften Inventars, und zur Unterhaltung desselben, Unterhaltung der Gebäude und Grundstücke, Entrichtung der Staatsabgaben, Besoldungen des Personals und Anschaffung allgemeiner Bedürfnisse jährlich 1,500 Florin aus der Westfälischen Wohlthätigkeits-Kasse und 40 Klafter Brennholz aus den nächsten Domanialwaldungen in den ersten 3 Jahren frei und später zu dem festgesetzten billigen Verkaufspreise bewilligt.

Während man nach völliger Einrichtung des Instituts 70 bis 80 Kranke glaubte unterbringen zu können, waren die Einrichtungen erst soweit getroffen, dass man 16—17 Kranke aufnehmen und die Anstalt mit dem 10. November 1814 als eröffnet erklären konnte und Aufnahmen stattfanden.

Nach einer Regierungs-Verfügung vom 19. Juli 1814 hatte dasselbe die doppelte Bestimmung, erstens hauptsächlich als eine Versorgungsanstalt für Individuen zu dienen, welche an unheilbaren Krankheiten der Seele und des Körpers litten und in diesem Zustande für die bürgerliche Gesellschaft untüchtig und der öffentlichen und privaten Sicherheit lästig, gefährlich und schädlich seien. Zweitens sollte es auch als Heilungs-Anstalt benutzt werden für solche, bei welchen eine gegründete Möglichkeit vorhanden sei, dass sie ihre Gesundheit wieder erlangten.

Dieselbe Verfügung bezeichnet die Reihenfolge der Krankheitszustände, auf welche vorzugsweise bei der Aufnahme Rücksicht genommen werden soll, worunter zuerst Geisteskranke, dann Epileptische, Blinde, Taube, Taubstumme, Krüppel, endlich auch arme, nicht kranke Menschen, welche nicht in der Lage seien, sich ernähren zu können, und deswegen öffentlichen Anstalten zur Last fielen.

Thatsächlich sind indess nur Geisteskranke und Epileptische in die Anstalt aufgenommen worden.

So war denn inmitten der Kriegsunruhen, welche ringsum herrschten, nicht ohne mannichfache Kämpfe und Schwierigkeiten, ein Werk des Friedens, das Landeshospital in dem abgelegenen Thale zu Marsberg errichtet worden.

Ueber die Wirksamkeit der Anstalt in den ersten Jahren verweisen wir auf einen Bericht *Ruer's* in der Zeitschrift für Psychiatrie von *Nasse*, Jahrgang 1829.

III.
Rheinische Episode.

Mit dem 1. Juni 1816 ging das bis dahin Hessen-Darmstädtische Herzogthum Westfalen, sammt der Anstalt, an Preussen über, und bildete mit den übrigen Landestheilen die nunmehrige Provinz Westfalen mit einem Umfange von 368 Q.-Meilen und 1,066,000 Einwohnern (gegenwärtig — 1864 — 1,618,000).

Wie erwünscht wohl das Vorfinden einer nunmehr eingerichteten Irrenanstalt für die Provinz Westfalen bei dem gänzlichen Mangel eines derartigen Instituts auch sein mochte, so liegt doch auf der Hand, dass dieselbe für dieses Land nicht ausreichen konnte und man war daher, nachdem das Institut kaum eröffnet, bereits in der Lage, ernstlich an die Erweiterung desselben, oder eine anderweitige Abhülfe für die nächste Zeit zu denken. Die Schwierigkeiten des einen oder anderen Weges sollten nicht sobald ihre Lösung finden.

Lag Marsberg an der nördlichen Spitze des Herzogthums Westfalen zu diesem Lande schon ungünstig, so war seine jetzige Lage an dem östlichen Ende der Provinz Westfalen zu dieser eine noch ungünstigere und vermehrte die Bedenken, die dortige Anstalt zu erweitern. Lange Jahre sollten erst darüber hingehen und ein bemerkenswerthes Stück Entwickelungsgeschichte des Irrenanstaltswesens auf westfälischem und rheinischem Boden sich abspielen, ehe man zu einem feststehenden Plane der Irrenfürsorge gedieh.

Wiederum war es der Criminal-Richter *Castringius* zu Altena, welcher unterm 8. März 1815 bereits seine Königliche Cabinets-Ordre von 1798 bei dem damaligen Civil-Gouverneur Herrn *von Vinke* in Erinnerung brachte, indessen, „da der gegenwärtige Augenblick für diese und andere wohlthätige Einrichtungen noch nicht geeignet sei," ablehnend beschieden wurde.

Wie gross indess die Noth war, mag man daraus entnehmen,

dass wegen Unterbringung eines diesseitigen Geisteskranken mit dem Minister des Innern in Verbindung getreten wurde, der auf die Charité in Berlin als den einzigen Ort zur Abhülfe hinwies. Da indess die Kosten des Transports und der dortigen Unterhaltung zu hoch erachtet wurden, so beschied der Civil-Gouverneur die betreffende Unterbehörde, „dass nichts übrig bleibe, als sich im dortigen Zuchthause (wohin man den Kranken gebracht) mit demselben so gut zu helfen, wie möglich."

Zwei Jahre später, unterm 11. April 1817, machte der Minister des Innern auf das Kloster Marienfelde aufmerksam und äusserte sich, dass vom Ober-Präsidenten der Provinz Niederrhein der Vorschlag gemacht sei, dasselbe zu einer Heil- und Aufbewahrungs-Anstalt für die drei Provinzen Westfalen, Jülich-Cleve-Berg und Niederrhein einzurichten, indem er sich vorbehielt, die Idee einer Verbindung der Heil- und Aufbewahrungs-Anstalt in einem Institut einer reiflichen Erwägung noch unterwerfen zu lassen, ebenso bereits auf die Misslichkeit dieses Vorhabens in Bezug auf den grossen Umfang und die Bevölkerung dieser Provinzen hindeutend.

Vinke machte hierauf geltend, dass Marienfelde bereits früher zu einer Irrenanstalt, und zwar zu einer Heil- und Aufbewahrungs-Anstalt, beide durchaus abgesondert, ausersehen und die dortigen Räume für die Provinz Westfalen allein kaum ausreichend befunden worden wären, dass daher, zumal da Marienfelde gegenwärtig beinahe völlig in Ruinen liege, an eine derartige Verwendung für die drei Provinzen nicht gedacht werden könne, allenfalls werde man eine Aufbewahrungsanstalt für die drei Provinzen dort herstellen können, wohingegen dann eine eigene besondere Heilanstalt für jede der drei Provinzen erforderlich sei, deren eine, der Erweiterung allerdings bedürftige in Marsberg für Westfalen bereits bestehe.

Nachdem man sich definitiv von der Unbrauchbarkeit des Marienfelder Klosters überzeugt hatte, brachte man das vom Bischof *Bernard von Galen* gestiftete Kloster Schwillbrock in Vorschlag, welches jedoch von *Vinke* sofort wegen der Schwierigkeiten aufgegeben wurde, welche durch die Lage im Fürstlich Salm'schen Gebiete sich erheben würden.

Es fand hierauf am 23. October 1817 eine Conferenz der drei Ober-Präsidenten der Provinzen Niederrhein, Jülich-Cleve-Berg und Westfalen in Godesberg statt, deren in mancher Hinsicht bemerkenswerthes Protocoll hier folgen soll:

In Gegenwart der Ober-Präsidenten: Herrn Staatsministers *von Ingersleben*, Herrn *von Vinke* und Herrn Grafen *zu Solms-Laubach*; der Regier.-Präsidenten: Herrn *von Erdmannsdorf* aus Cleve, Herrn *von Pestel* aus Düsseldorf, Herrn *Delius* aus Trier und Herrn *von Reimann* aus Aachen; der Regier.-Directoren: Herrn *Solzmann* aus Cöln, Herrn *von Rodenberg* aus Cleve, Herrn *Mallinkrodt* aus Minden und Herrn *Kessler* aus Münster; des Herrn Geheimen Regier.-Raths *Fritsche* aus Coblenz.

Godesberg, den 23. October 1817.

Die Ministerial-Verfügung vom 25. August pr. hat die Bildung von Anstalten zur Aufnahme unheilbarer Kranken, insbesondere verstümmelter Personen und der heilbarer Wahnsinnigen verordnet.

Die Herren Ober-Präsidenten haben bei Gelegenheit der Berathungen über die Cataster-Sache, die Ansichten der nebenstehenden Versammlung über die Art und Weise, wie die Anlage dieser Anstalten am schnellsten und zweckmässigsten zu bewirken sei, zu erfahren gewünscht.

Nach reiflicher Erwägung aller beachtungswerthen Umstände hat man sich dahin geeinigt, dass die Errichtung von Instituten für sämmtliche obbenannte Arten von Kranken mit sehr grossen Kosten verbunden sein würde, und daher, wenigstens für jetzt, nur auf Unterbringung der Irren Bedacht genommen werden müsse. Die Zahl der Gemüthskranken sei aber schon so gross, dass nicht alle in eine öffentliche Anstalt aufgenommen werden könnten; vielmehr müsse zwischen den stillen Irren und den für die öffentliche Sicherheit gefährlichen Wahnsinnigen unterschieden werden, indem die Zahl der Letzteren aus allen drei Provinzen so ansehnlich sei, dass schon sie ein Irrenhaus von bedeutendem Umfange füllen würden. Es sei jedoch höchst nothwendig, eine Heilanstalt für die Irren einzurichten, da in vielen Fällen unheilbar erklärte Irre wieder hergestellt worden wären, und es würde daher sehr wünschenswerth sein, die Heilanstalt mit der Aufbewahrung unheilbarer Irren zu verbinden. Indessen fehlt es an einem dazu hinreichenden Locale; wohl aber finden sich in dem Schlosse Bensberg, sowie in der Abtei Villich und in dem, jedoch schon zu einer Cavallerie-Kaserne in Vorschlag gekommenen, Schlosse Brühl, Locale, um beide Anstalten in geringer Entfernung nebeneinander zu errichten. — Diese drei Oerter befinden sich sämmtlich in der Nähe von Bonn und Cöln und werden hauptsächlich mit in der Rücksicht zur Aufbewahrung von Irren ausersehen, weil in einer der beiden

Städte die für die Rheinprovinzen zu gründende Universität errichtet werden und dadurch für die Irrenanstalten die Hülfe der in Bonn oder Cöln sich versammelnden Aerzte gewonnen, denselben auch Gelegenheit gegeben wird, die jungen Mediciner in der Heilung von Irren praktisch zu üben.

Den Anfang glaubt man mit der Etablirung der Heilanstalt für Irre machen zu müssen, und wenn hinlängliche Versuche ergeben haben werden, dass die Unglücklichen nicht wieder herzustellen sind, werden sie in die zweite Anstalt für die unheilbaren Wahnsinnigen zu bringen sein.

Um keine Zeit zu verlieren, vereinigen sich die beiden Herren Ober-Präsidenten vom Rhein, die Locale zu Bensberg, Villich und Brühl durch eine, aus den Regierungs- und Medicinal-Räthen *Merrem* zu Cöln und *Wegeler* zu Coblenz, sowie aus dem Regier.- und Baurath *Rettel* zu Cöln niederzusetzende Commission genau untersuchen und zugleich einen Plan für beide Irrenanstalten ausarbeiten zu lassen.

Sämmtliche Herren Ober-Präsidenten werden diesen Commissarien die Zahl der gefährlichen Wahnsinnigen durch die Königlichen Regierungen bekannt machen lassen.

Die Kosten der Einrichtung, soweit solche nicht aus den Königlichen Kassen bestritten werden, ingleichen die der allgemeinen Verwaltung, werden von den Regierungs-Bezirken der drei Provinzen nach dem Maassstabe der Bevölkerung aufgebracht, wogegen die Kosten der Unterhaltung der Irren aus deren Vermögen und im Falle ihrer Armuth von den gesetzlich verpflichteten Gemeinen getragen werden müssen. Es wird hierbei noch bemerkt, dass dem Lande auf den Realfonds des, in eine extraordinaire Steuer werwandelten Königs-Darlehns von 6 Millionen Francs, nach der ergangenen Ministerial-Verfügung ein Anspruch zugestanden ist und daher die erste Einrichtung des allgemeinen Irrenhauses aus obigem Fonds zu bestreiten sein dürfte, weshalb bei dem Königlichen Finanz-Ministerio auf Anweisung eines Vorschusses von 25,000 Thlrn. anzutragen wäre.

a. u. s. (Folgen die Unterschriften.)

Die Commission fand das Schloss Brühl am tauglichsten zu einer Anstalt und brachte dasselbe in Vorschlag.

Während man über die Principienfrage, ob Heil- oder Pfleganstalt, ob verbunden oder nicht, noch im Unklaren war, ja während die Nothwendigkeit der Heilanstalt noch nicht überall und vollständig schien zum Bewusstsein gekommen zu sein, trug die Regierung zu Arnsberg auf Erweiterung von Marsberg an,

indem Regierungs-Rath *Stoll* geltend machte, dass, falls auch für die ganze Provinz Westfalen eine grosse Versorgungsanstalt errichtet werden sollte, danach eine kleine Anstalt für solche, die plötzlich geisteskrank und wieder herstellbar wären, in jedem Regierungsbezirk errichtet werden müsse. — Marsberg existire bereits und müsse vor der Hand beiden Zwecken dienen, seine Erweiterung sei in beiden Fällen nöthig, da jetzt bereits nur einige männliche Kranke, aber keine weiblichen mehr aufgenommen werden könnten. — Wie sehr indess die Ansichten auseinander gingen, zeigte sich nun recht, indem von *Vinke* und von Seiten des Ministers *Altenstein* die Ansicht als maassgebend aufgestellt wurde, dass man eine grosse Heilanstalt für die drei rheinisch-westfälischen Provinzen, und für jede derselben eine Aufbewahrungs-Anstalt errichten wollte. Wirklich entwickelte sich bis zum Juli 1817 die Angelegenheit so weit, dass das Project aufgestellt wurde, das Schloss Brühl als Heilanstalt für die 3 Provinzen, Marsberg als Pflegeanstalt für Westfalen, das Kloster Frauweiler als Pflegeanstalt für Jülich-Cleve-Berg festzustellen, während die für den Niederrhein noch nicht bestimmt war. *Vinke* wies ausserdem dem Projecte *Stoll*'s gegenüber, über dessen Zweckmässigkeit er nicht aburtheilen wolle, auf die 1½ Stunde von Marsberg gelegene und zum Verkauf ausgestellte Abtei Bredelar hin, die neben Marsberg als Heilanstalt „vielleicht als Pflegeanstalt für die ganze Provinz Westfalen" dienen könne.

Man kam zu keinem Entschluss. Die Angelegenheit blieb 5 Jahre bis 1822 auf sich beruhen, weil, wie *Altenstein* sagt, noch keine feste Wahl über den an die Spitze der Anstalt zu stellenden Arzt hatte getroffen werden können.

Man hatte inmittelst das Schloss zu Brühl, aus welchem Grunde, ist nicht ersichtlich, aufgegeben und das Schloss zu Bensberg trotz des gänzlichen Mangels an Wasser, welches man durch Röhrenleitungen zu beschaffen gedachte, in's Auge gefasst (1. Mai 1823). Eine Commission, bei welcher sich auch der damalige Regierungs- und Medicinal-Rath *Jacobi* aus Düsseldorf befand, hatte sich indess bald nachher, 25. Juni, entschieden für die Abtei Siegburg erklärt und dafür folgende triftige Gründe angeführt.

Coblenz, den 24. November 1822.

An des Herrn Staats-Ministers Frh. *von Altenstein*, Excellenz.

Die Errichtung der Rheinisch-Westfälischen Irren-Heil-Anstalt betreffend.

Euer Excellenz beehre ich mich den, von dem Regierungsrath

Jacobi und Bauinspector *Waesemann* gemeinschaftlich ausgearbeiteten Plan zur Errichtung einer Irren-Heil-Anstalt zu Siegburg, nebst den dazu gehörigen Zeichnungen, Anschlägen und Erläuterungen derselben, sowie auch Entwürfe zu dem künftigen Verwaltungs-Etat der neuen Anstalt, ganz ergebenst zu übersenden.

Ew. Excellenz haben in der geehrten Verfügung vom 18. Mai c., durch welche Hochdieselben diese so wichtige und zum allgemeinen Bedauern fast in Vergessenheit gerathene Angelegenheit wieder aufzunehmen die Gewogenheit hatten, Hochdero Augenmerk auf das Schloss Bensberg, als Local des zu gründenden Instituts gerichtet. Allein soviel mir die Einrichtung und die örtlichen Verhältnisse dieses Schlosses bekannt waren, schien mir dasselbe für eine Irren-Heil-Anstalt weniger geeignet, als die vormalige Abtei Siegburg. Ausserdem hat Siegburg vor Bensberg den grossen Vorzug, dass es Bonn viel näher liegt und dadurch es einer Seits möglich wird, bei Krankheiten oder Abwesenheit des dirigirenden Arztes oder in besonders wichtigen Fällen von Geistes- oder Gemüthskrankheiten dem Institute die Hülfe der medicinischen Facultät zu verschaffen, anderer Seits derselben die Gelegenheit gegeben wird, die jungen Aerzte in der Anstalt selbst in der Behandlung von Irren zu üben, wodurch die Anstalt als eine Ergänzung der clinischen Anstalt der Rhein-Universität erscheinen würde. Ich fand mich hierdurch bewogen, dem Regierungsrath *Wegeler* aufzutragen, gemeinschaftlich mit dem Bauinspector *Waesemann* beide Gebäude mit Rücksicht auf alle Erfordernisse, welchen das Local einer Irren-Heilanstalt entsprechen muss, auf das Genaueste zu untersuchen und weil Eure Excellenz in der hochverehrlichen Verfügung vom 18. Mai c. mir die Localuntersuchung und Berathung durch andere sachverständige Medicinal-Beamte gleichfalls überlassen hatten, so veranlasste ich die medicinische Facultät, auch ihrerseits die beiden in Vorschlag gekommenen Locale zu untersuchen und mir ihre Meinung mitzutheilen. Ich habe diese Maassregel um so lieber ergriffen, als sie mir das beste Mittel schien, die Facultät für das neue Institut zu interessiren; der Erfolg hat meinen Wünschen vollkommen entsprochen.

An den Untersuchungen des Regierungsraths *Wegeler* hat der Regierungsrath *Jacobi* Theil genommen, der sich deshalb in Bensberg eingefunden hatte; meine Absicht war anfänglich nicht, diese ersten Untersuchungen durch ihn mitführen zu lassen, weil ich besorgte, dass er für Bensberg eine Vorliebe gefasst hätte, allein da er dem Urtheil des Regierungsraths *Wegeler*, des von der medicinischen Facultät beauftragten Professors *Nasse* und des Bau-

inspectors *Waesemann* dahin beigetreten ist, dass Siegburg in allen und jeden Beziehungen vor Bensberg für den in Rede stehenden Zweck weit vorzuziehen sei, so ist es mir jetzt sehr lieb, dass der Regierungsrath *Jacobi* der ersten Localuntersuchung beigewohnt hat.

Die Vorzüge Siegburgs sind folgende:

1) Durch die geringe Entfernung von Bonn, etwa 1½ Meile, steht es mit dieser Stadt schon jetzt in einer innigen Verbindung und die Communication wird künftig noch grösser und leichter werden, da es in dem Plane der Regierung zu Cöln liegt, die Chaussee von Mühlheim nach Bonn über Siegburg zu führen, obwohl der jetzt vorhandene Weg niemals unfahrbar ist.

Bensberg ist wenigstens 4½ Meilen von Bonn entfernt und daher die Verbindung einer dort errichteten Irren-Heilanstalt mit der medicinischen Facultät in Bonn sehr schwierig.

2) Der Mangel an Wasser ist schon jetzt auf der Abtei bei Siegburg nicht so gross als in Bensberg und wird demselben durch die von dem Bauinspector *Waesemann* vorgeschlagenen Einrichtungen, die nicht zu kostbar sind, mit vollkommener Sicherheit abgeholfen werden können, was in Bensberg nicht möglich ist.

3) Die Abtei liegt an dem Städtchen Siegburg, welches alle Handwerker besitzt, deren die künftige Anstalt bedürfen wird; es sind darin zwei Apotheken, ein Wundarzt, mehrere Hebammen vorhanden, es wohnen daselbst drei katholische Geistliche und drei Schullehrer, es befinden sich in Siegburg gute Gasthöfe, um Reisende, welche die Anstalt kennen lernen wollen, sowie die jungen Mediciner, welche praktische Versuche anzustellen wünschen, aufzunehmen; endlich bieten die verschiedenen Gewerke von Siegburg dem Arzte die gute Gelegenheit dar, den genesenden Irren den Uebergang in die Gesellschaft auf eine solche Weise möglich zu machen, dass sie nicht bei ihrem ersten Wiedereintritt in die Welt eine nachtheilige Erschütterung erleiden, und durch dieselbe die Früchte einer langen mühevollen Zeit in einem Augenblicke verloren gehen.

Aber dieser Vortheile ist das Schloss Bensberg durch seine isolirte Lage beraubt.

Der Herr Geheime Ober-Regierungsrath *von Seydewitz* hat bei seiner Anwesenheit am Rheine durch eine sorgfältige Untersuchung beider Localitäten sich gleichfalls von den für Siegburg entschieden sprechenden Vorzügen überzeugt, und ich habe daher geglaubt, Euer Excellenz Absichten entgegenzukommen, wenn ich ohne weiteren Zeitverlust dem Regierungsrath *Jacobi* den Auftrag ertheilte,

mit Zuziehung des Bauinspectors *Waesemann* einen vollständigen Plan zur Einrichtung der Irren-Heilanstalt für die Rheinisch-Westphälischen Provinzen in der Abtei Siegburg auszuarbeiten.

Um dabei die Kenntnisse des Professors *Nasse* möglichst zu benutzen, habe ich die medicinische Facultät ersucht, durch ihn an der Entwerfung des Einrichtungs-Planes Theil zu nehmen und demnächst ihr Einverständniss zu erklären. Euer Excellenz wollen aus der Anlage zu ersehen belieben, dass die Herren *Nasse* und *Jacobi* mit seltener Einigkeit zu Werke gegangen sind, und nur dieser ist es wohl zu verdanken, dass in Zeit von zwei Monaten eine so grosse Arbeit zu Stande gekommen ist, die, soviel ich darüber zu urtheilen vermag, Hochdero Beifalls würdig ist.

In dem anliegenden Conferenz-Protocolle vom 22. d. Mts. sind einige Bemerkungen enthalten, auf welche Euer Excellenz bei der ferneren Prüfung und Verhandlung dieser Angelegenheiten vielleicht Rücksicht zu nehmen geneigt sein werden.

Es kommt nun zuerst darauf an, die Abteigebäude nebst den Ländereien auf dem Abteiberge der künftigen Anstalt zu überweisen, u. s. w.

. . . .

. . . .

Ich bemerke hierbei, dass ich das Einverständniss des Herrn Ober-Präsidenten *von Vinke* mit den beikommenden Plänen und Entwürfen nicht eingeholt habe, weil damit eine zu grosse Zeit verloren gegangen wäre und weshalb ich gehorsamst bitte, demselben die Einsicht der Acten zu gestatten, als dann der Herr Ober-Präsident *von Vinke* seine etwanigen Bemerkungen Euer Excellenz gleich unmittelbar vortragen kann.

Coblenz den 26. November 1822. (gez.) *Ingersleben.*

Inzwischen war die Wahl des Directors für das Institut noch stets nicht entschieden und hatte grosse Schwierigkeiten gemacht. Man war der Ansicht, die Anstalt müsse von Haus aus in die Hände eines Meisters gelegt werden. Wo aber einen solchen finden? Medicinalrath *Borges* in Münster hatte auf *Horn* in Berlin, auf *Pienitz* auf dem Sonnenstein hingewiesen, ohne indess aus nahe liegenden Gründen Aussicht zu haben, diese Männer zu gewinnen. Man hatte im Ministerium *Jacobi* in's Auge gefasst, allein beiden Ober-Präsidenten hatte die Persönlichkeit desselben nicht zugesagt. In dieser Noth war man im Ministerium auf die Idee gekommen, *Jacobi* durch die Leitung einer interimistischen Versuchs- und Privat-Anstalt seine Fähigkeiten zum Director bewähren zu lassen.

In dem Protocoll einer Conferenz, welche die Ober-Präsidenten am 25. Juni 1822 in Coblenz abhielten, welches jedoch durch *Ingersleben* nicht nach Berlin geschickt wurde, sprechen sie sich folgendermaassen über diese Angelegenheit aus: „Wenn dem Regierungs- und Medicinalrath *Jacobi* durch Anlegung einer Privat-Anstalt zur Heilung von Irren, die Gelegenheit gegeben werden solle, seine Qualification zur Leitung einer grossen Irren-Heilanstalt zu erweisen, solches nicht auf Kosten der Provinzen geschehen dürfe, da diese berechtigt wären, zu fordern, dass der Anstalt ein, als vollkommen brauchbar anerkannter Arzt zum Director vorgesetzt werde.

Bei allen guten Eigenschaften des p. *Jacobi* sei er doch für eine solche Stelle ungeeignet, indem ihm das erste Erforderniss eines Irrenarztes, Heiterkeit des Geistes und offenes, einnehmendes Wesen, gänzlich abgehe, er vielmehr durch ein finsteres Gemüth und Verschlossenheit zurückschrecke, derselbe auch die praktische Gewandtheit und Geschäftsfähigkeit nicht besitze, welche dem Vorstande einer solchen Anstalt, insbesondere eines neu zu schaffenden Instituts ganz unentbehrlich sei.

Beide Herren Ober-Präsidenten fänden sich daher veranlasst, bei der über den p. *Jacobi* in dem Berichte vom 8. April v. J. abgegebenen Meinung lediglich stehen zu bleiben. Auch hielten sie dafür, dass bei näherer Nachfrage es an Männern, welche für die Stelle eines Directors ganz geeignet wären, nicht fehlen dürfte, und sie glaubten das Ministerium unter andern auf den Professor *Nasse* zu Bonn aufmerksam machen zu müssen, als welcher den Ruf eines vorzüglichen Arztes für Seelenkrankheiten sich erworben habe."

Hatten Männer von solch' hoher Stellung sich zu einem mindestens voreiligen und oberflächlichen Urtheil über *Jacobi* bewogen gefunden, so war es *Ingersleben*, welcher dasselbe zuerst änderte und vier Monate später, am 25. November 1822, an *Vinke* schrieb: „Ich benutze zugleich diese Gelegenheit, Ew. Hochwohlgeboren zu sagen, daśs ich bei meinem mehrmaligen Zusammensein mit dem Regierungsrath *Jacobi* sowohl von seinen Kenntnissen eine sehr gute Meinung gefasst, als auch das frühere nachtheilige Urtheil über sein finsteres Wesen und seine desfalsige Untauglichkeit für die Stelle eines Directors der künftigen Anstalt nicht bestätigt gefunden und deshalb auch unterlassen habe, das Conferenz-Protocoll vom 25. Juni c. dem Herrn Minister *von Altenstein* miteinzusenden."

Die nachstehenden, in dieser Zeit an *Vinke* geschriebenen Briefe *Jacobi's*, möge es gestattet sein, hierher zu setzen.

Düsseldorf, den 18. Juni 1822.

Ew. Hochgeboren wollen es nicht ungütig aufnehmen, wenn ich Sie durch diese Zeilen nochmals an mich und an meine Anliegen erinnere.

Wenn ein Mann sich auf einem grossen Wendepunkte seines Schicksales befindet, auf welchem entscheidende Entschliessungen für das Leben gefasst werden müssen und schwierige Verhältnisse mannigfaltiger Art ihn umgeben, so sieht er sich in so bedenklicher Lage gerne nach zuverlässigem Rath und Beistand um, und wendet sich dahin, wo er glaubt, dass ihm diese am sichersten zu Theil werden dürften. So auch ich in diesem Augenblicke. Von der einen Seite auf dem Punkte, einen lange gehegten grossen Wunsch erfüllt zu sehen und in einen Wirkungskreis zu treten, in welchem ich den Ersatz für viele, in dem drückenden Gefühle, meine besten Kräfte einer mir nicht angemessenen Bestimmung opfern zu müssen, verlebte Jahre zu finden und meine Schuld an meine Mitmenschen, sowie mein Herz es begehrt, abtragen zu können hoffe, sehe ich mich auf der anderen Seite, ehe ich noch einen Schritt auf dieser, sich mir aufschliessenden schönen Laufbahn gethan habe, in Schwierigkeiten von der bedenklichsten Art verstrickt, für deren Hinwegräumung ich durchaus auf nichts als auf die edle Gesinnung derjenigen Männer zählen kann, die meine Thätigkeit in der neuen Wirkungssphäre zunächst zu beurtheilen haben. Welche diese Schwierigkeiten sind, wissen Sie, Hochverehrtester Herr Ober-Präsident, und erkennen, dass ich ohne eine wohlwollende Unterstützung meiner Bemühungen von Seiten Ihrer und des Herrn etc. *von Ingersleben* und ohne dass mein Eifer und mein Streben zur Erfüllung der schwierigen Pflichten, die mir obliegen, in Ihrem Vertrauen und in Ihrer freundlichen Theilnahme, Haltung und Aufmunterung fände, nie hoffen dürfte, meinen Zweck zu erreichen. Tief durchdrungen von dieser Ueberzeugung, hege ich keinen anderen Wunsch, als dass Ew. Hochwohlgeboren Ihre Augen unbefangen auf dasjenige richten, was ich in meinen neuen Verhältnissen leisten werde, und mir nach Maassgabe dessen den Lohn Ihres Vertrauens und kräftige Unterstützung in allen Fällen, wo ich deren bedürfen möchte, zu Theil werden lassen. Als einen besonderen Beweis Ihres Wohlwollens würde ich es ansehen, wenn Hochdieselben zugleich dahin wirken möchten, des Herrn *von Ingersleben* Exc. zu bewegen, mir ein Gleiches zu gewähren, und mein Gefühl

sagt mir, dass ich die Erfüllung dieser doppelten Bitte von Ihnen hoffen dürfe. Denn, wenn ich Ew. Hochgeboren neulich sagte, dass ich mich durch ein besonderes Vertrauen gedrungen fühlte, mich Ihnen ohne Rückhalt zu offenbaren, so geschah dies in der aufrichtigsten Gesinnung, indem ich mich überzeugt hielt, dass ein offenes Wort freien Zugang zu Ihrem Herzen finden, und dass sich dasselbe einem Manne, der Ihre Billigkeit und Gerechtigkeitsliebe für einen grossen Zweck in einer sehr schwierigen Lage in Anspruch nimmt, nicht verschliessen werde.

In derselben Zuversicht sind auch diese Zeilen geschrieben, die ich in der nämlichen Absicht an Sie richte!

Zugleich darf ich Hochdieselben wohl ersuchen, Ihrer gütigen Zusage wegen Mittheilung der Verhandlungen über die projectirte Einrichtung des Klosters Marienfeld zu einer Irrenanstalt, eingedenk zu sein.

Mich Hochdero geneigtem Andenken bestens empfehlend, verharre ich etc. *Jacobi.*

Düsseldorf, den 10. September 1822.

Ew. Hochgeboren empfangen beikommend die mir mitgetheilten Acten über die projectirte Irrenanstalt zu Marienfelde mit ergebenstem Danke und zugleich mit der Bitte zurück, deren etwas verspätete Wiedersendung mit ein Paar Geschäftsreisen von längerer Dauer, zu welchen ich mich in dieser Zeit genöthigt sah, entschuldigen zu wollen. Die Durchlesung derselben hat mich ungemein interessirt, und bedauert habe ich nur, dass der von dem Prof. *Landgräber* ausgearbeitete ausführliche Plan nebst den dazu gehörigen Instructionen sich nicht mehr dabei befinden, indem die Einsicht dieser Arbeiten meines ehemaligen sehr werthgehaltenen Studiengenossen von besonderem Werthe für mich gewesen sein würde.

Sehr leid war es mir auch, aus den Zeilen, womit Ew. Hochgeboren diese Acten zu begleiten die Gewogenheit hatten, zu ersehen, dass ein Missverständniss mich bei Ihnen in den Verdacht der Nichtbeachtung einer gegebenen Zusage gebracht hat. Als Ew. Hochgeboren mir nämlich am 15. Juni die Ehre Ihres Besuches schenkten und ich Ihnen von den mir von dem K. Ministerium der geistl., Unt.- u. Med.-Ang. zugegangenen Eröffnungen hinsichtlich meiner Anstellung bei der Provinzial-Irrenanstalt, sowie von dem mir von diesem Ministerium ertheilten Auftrage wegen der Einrichtung einer interimistischen Anstalt sprach, glaubte ich, dass in demjenigen, was Hochdieselben mir darüber beim Weggehen sagten, nur die Aufforderung liege, über die berührten

Gegenstände sofort auch an den Herrn Minister *von Ingersleben* zu schreiben indem Sie gesonnen seien, über dieselben sodann, während Ihrer Anwesenheit in Coblenz mit Seiner Excellenz zu reden. Auch ermangelte ich um so weniger dieses Schreiben unverzüglich, und zwar an demselben Tage, wie das an Ew. Hochgeboren gerichtete abgehen zu lassen, da ich ohnehin von dem Herrn Minister *v. Altenstein* angewiesen war, mich an den etc *von Ingersleben* zu wenden, um von demselben die näheren Aufträge zu den vorbereitenden Arbeiten für die Errichtung der Provinzial-Irrenanstalt zu erhalten, und wenn ich auch nicht ganz die Absicht Ew. Hochgeboren bei Ihrer Aufforderung durchschaute, so glaubte ich dieselbe doch auf jeden Fall als einen schmeichelhaften Beweis Ihres Wohlwollens für mich aufnehmen zu dürfen. Die von Hochdenselben in Ihrem Schreiben erwähnte Erklärung aber sollte ich zufolge des an mich erlassenen Ministerialrescriptes nicht bei dem Königl. Ober-Präsidium in Coblenz, sondern bei dem Ministerium des Herrn *von Altenstein* selbst einreichen, welchem Befehle ich auch sofort Genüge geleistet habe.

Hätte ich nur geahndet, dass es Hochdero Meinung sei, ich ollte bis zu Ihrer Ankunft in Coblenz den ausgearbeiteten Plan für die Interimsanstalt — einer Versuchsanstalt hat das Ministerium nicht gegen mich erwähnt — an den Herrn *von Ingersleben* einsenden, so würde ich nicht angestanden haben, Hochdenselben auf der Stelle ergebenst zu bemerken, dass ich diese Aufgabe, da ich den Auftrag von dem Ministerium erst an dem nämlichen Tage erhalten hatte, und um ihn zu erledigen, nothwendig die Baurisse von dem Bensberger Schlosse, auf dessen Localitäten sich meine Vorschläge unmittelbar beziehen sollten, in Händen haben und dieses Schloss selbst noch vorher besuchen musste, in der gegebenen Zeit unmöglich lösen könnte, und zwar um so weniger, wenn dieser Plan sich auf noch mehr als auf die erforderlichen Localitäten beziehen und über alle zu berücksichtigenden Gegenstände verbreiten sollte, da dieses bei ganz freier Musse eine Arbeit von mehrwöchentlicher Dauer erfordert haben würde.

Als ich kurze Zeit nachher im Auftrag des Hrn. *von Ingersleben*, gemeinschaftlich mit dem Medicinalrath *Wegeler* und dem Bauinspector *Waesemann* Bensberg besuchte, ergaben sich wegen der Benutzung dieses Gebäudes so grosse Anstände, dass das Königl. Ober-Präsidium in Coblenz mich anwies, mit der Einreichnng des Planes für die interimistische Anstalt zu warten, bis

es entschieden sein würde, ob nicht dem Abteigebäude zu Siegburg vor Bensberg der Vorzug eingeräumt werden würde.

Später habe ich diesen Plan mit Bezug auf die in diesem Augenblicke zu Siegburg sich dafür darbietenden Localitäten wirklich ausgearbeitet und dem Königl. Ober-Präsidium in Coblenz übergeben. Da es indessen gegenwärtig allgemein als vortheilhafter angesehen zu werden scheint, dass das Abteigebäude zu Siegburg, welches sich, abgesehen von der jedoch nicht unübersteiglichen Schwierigkeit, welche die Beschaffung des ganzen Wasserbedarfes darbietet, vortrefflich für die Errichtung der Provinzial-Irrenanstalt eignet, sogleich im Ganzen für diesen Zweck eingerichtet werde, so dürfte um so mehr von der intendirten Errichtung einer interimistischen Anstalt abgesehen werden, da ein Flügel des Abteigebäudes zu Siegburg ohnehin von den übrigen wird in Stand gesetzt und dadurch für die Aufnahme einer Anzahl männlicher Irren wenigstens, im Voraus wird Rath geschafft werden können.

Wenn aber Ew. Hochgeboren, wie aus Dero gnädigem Schreiben hervorgeht, die von mir einzureichende Arbeit zur näheren Beurtheilung meiner Qualification zum Director der Provinzial-Irrenanstalt zu benutzen wünschten, weil dazu noch jedes Datum fehle, so wollen Hochdieselben gewogenst verzeihen, wenn ich mit geziemender Bescheidenheit die unmaassgebliche Meinung äussere, dass für diesen Zweck, abgesehen von den übrigen dabei in Betracht kommenden Eigenschaften, nebst meinen früheren von der bayerischen Regierung stets ehrenvoll anerkannten Leistungen als mehrjähriger Director des grossen St. Johannishospitals in Salzburg, meine dem Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten übergebenen und von dem pp. *Langermann* amtlich sehr günstig beurtheilten Reisebemerkungen, bei dem Besuche mehrerer Irrenanstalten im Jahre 1820, sowie der erste Band meiner Sammlungen, über welchen sich nun schon eine Reihe von Sachkundigen vielleicht über Verdienst günstig geäussert hat, mehr als ein solcher Plan, der sich gegebenen sehr beschränkten Verhältnissen anschmiegen sollte, dienen dürfte. Daneben werden Sie, hochverehrtester Herr Ober-Präsident, mir gewiss die Gerechtigkeit wiederfahren lassen, mir das Zeugniss zu geben, dass ich Sie nicht unbedingt um Vertrauen gebeten — eine Bitte, vor der ich erröthet sein würde, — sondern dass ich nur den Wunsch geäussert habe, dass, insofern ich in der Verwaltung meines Amtes den gerechten Erwartungen entspräche, mir auch der Lohn Ihres Vertrauens und Ihres Beistandes, wo ich dessen

bedürfen würde, werden möchte: eine Bitte, deren Gewährung ich von Ew. Hochgeboren, wie von jedem wohlgesinnten Manne, wohl ohnehin entgegensehen dürfte und deren Aeusserung daher bei mir auf besonders ungünstige Verhältnisse deutete, in welchen ich glaubte, dass diese Gerechtigkeit nicht gegen mich geübt worden. Ueberhaupt mochte ich in jenen Tagen vielleicht etwas zu tief von dem Gefühle unverdienter Kränkung ergriffen sein und nicht genug erwägen, wie der Mann, der sich eines ernsten, reinen Strebens nach edlen Zwecken bewusst ist, sich durch solches Ungemach, welches ihm auf seinem Wege begegnet, nicht über Gebühr niederschlagen lassen, sondern auch grösserem Missgeschicke kühn und heiter die Stirne bieten soll, indem er sich sagt, dass fast nie etwas Grosses ohne harten Kampf errungen wird. Und so bin ich denn auch seitdem mit neugestähltem Muthe auf der vor mir liegenden Bahn meinem Ziele entgegengeschritten und hoffe dasselbe unter dem Beistande der Edeln und Guten, die ich als meine Vorgesetzten verehre, so zu erreichen, wie es meinem Geiste vorschwebt. Nochmals bitte ich daher auch Ew. Hochgeboren, mir diesen Beistand in meinem neuen Wirkungskreise zu gewähren und wiederhole zugleich, dass mir die Erringung von Hochdero Beifall und Vertrauen, gleichwie dieselbe für mich von der höchsten Wichtigkeit sein muss, zur ermunterndsten Belohnung gereichen wird. Mit dieser Gesinnung verharre ich ehrfurchtsvoll

Dr. *Jacobi*.

Inzwischen hatten sich *Ingersleben* und *Jecobi* definitiv für Siegburg entschieden. Das Project einer grossen rheinisch-westfälischen Irren-Heilanstalt war seiner Verwirklichung nahe, als der Zufall — wie wir es nennen — ins Mittel trat und, wie so oft an Stelle besserer Einsicht, das Schicksal des westfälischen Irrenwesens für die Zukunft entschied. *Ingersleben* hatte den oben angegebenen Bericht über Siegburg direct an den Minister geschickt, ohne mit *Vinke* erst in Verbindung zu treten, wie er selbst darin anführt. Er entschuldigt dies dem Minister und *Vinke* gegenüber mit der Eile der Angelegenheit. *Vinke* notirte an den Rand des betreffenden Schreibens vom 25. November 1822, worin *Ingersleben* ihm auch seine Sinnesänderung bezüglich *Jacobi*'s mitgetheilt hatte, Folgendes: „Die ohne alle Rücksprache erfolgte Auswahl eines anderen Locals und Veranschlagung desselben, die plötzlich veränderte Ansicht in Hinsicht der Hauptperson für die Anstalt, welche ich nicht theilen kann, die einseitige Zurückhaltung des gemeinschaftlichen Conferenz-Protocolls müssen mich umsomehr bestim-

men, aus der Gemeinschaft wegen Errichtung einer rheinisch-westfälischen Irren-Heilanstalt auszuscheiden, als die Provinz Westfalen gar nicht die Mittel hat, an einer so verschwenderisch veranschlagten und wahrscheinlich nach gleich kostbarem Maassstabe auch unterhalten werden sollenden Anstalt Theil zu nehmen. Daher ad acta bis zur nähern Aeusserung des Herrn Ministers *von Altenstein* und Mittheilung des Bauplans." Hiemit war ein Wendepunkt in der Geschichte des westfälischen Irrenwesens eingetreten, obwohl es noch jahrelanger Kämpfe nach Oben und nach der rheinischen Seite und der ganzen Energie westfälischer Zähigkeit bedurfte, um sich aus dem für unsere Provinz so abenteuerlichen Projecte loszulösen. Inzwischen war die rheinische Anstalt zu Siegburg im Jahre 1825 eröffnet worden.

Mit Eifer hatten *Vinke*, *Stoll*, *Ruer* hiernach die westfälische Irrensache ergriffen, an der Errichtung einer Heilanstalt für die Provinz und an der Erweiterung und Verbesserung von Marsberg gearbeitet. Man war endlich an der ehemaligen Deutsch-Ordens-Commende zu Mühlheim an der Möhne stehen geblieben, nachdem zahlreiche Klöster und Schlösser in Rücksicht auf diese Angelegenheit untersucht worden waren. Pläne, Kostenanschläge waren fertig und man war im Begriff, sie dem Minister zur Bestätigung vorzulegen, als durch eine Cabinets-Ordre vom 13. Februar 1825 verfügt wurde, dass die Genehmigung zur Ueberweisung von Mühlheim nicht statt habe, vielmehr die Provinz Westfalen, wenn die Stände das Bedürfniss der Errichtung einer Irrenheilanstalt anerkennten, sich dieserhalb an Siegburg anzuschliessen hätte. *Vinke* suchte diesen harten Schlag abzuwenden, *Stoll* befürwortete wiederholt, aber vergeblich Mühlheim, regte dann aber wieder warm die fernere Erweiterung Marsbergs für noch 45—50 Kranke mit einem Kostenaufwande von 9—10,000 Thlrn. an, wodurch man eine neue, weit kostspieligere Anlage in Mühlheim entbehrlich machen könne, und ist guten Muthes bei der festen Ueberzeugung, „dass über dieser Anstalt, die aus einem armen Bettelkloster durch sich selbst zu ihrer jetzigen Bedeutenheit emporgekommen ist, gleich wie über der *Franke*'schen Stiftung in Halle von Anfang bis jetzt Gottes Vorsehung besonders gewaltet habe." Die Provinzialstände adoptirten ganz die Ansichten *Stoll*'s und wandten sich in folgendem Antrage an den König.

Allerdurchlauchtigster, Grossmächtigster König,
Allergnädigster König und Herr!

Ew. Königl. Majestät haben uns durch den Artikel 8. der Allerhöchsten Landtags-Proposition und das derselben unter Nr. III. beigelegte Pro Memoria allergnädigst aufgefordert, die Sorge für die Gemüthskranken der Provinz in nähere Erwägung zu ziehen, und wenn hiernach das Bedürfniss einer Irren-Heilanstalt erkannt worden, uns an die Siegburger Anstalt anzuschliessen, und zu dem Ende zwei Deputirte und zwei Stellvertreter zur näheren Verhandlung mit den Rheinischen Ständen zu ernennen.

Wir vernehmen in dieser Allerhöchsten Willensmeinung die wohlwollende Fürsorge Ew. Königl. Majestät für eine der Menschheit so wichtige Angelegenheit und wir erkennen es mit allerunterthänigstem Danke an, dass Allerhöchstdieselben bei diesem die Geldkräfte der Provinz in Anspruch nehmenden Gegenstande die getreuen Stände mit ihren Ansichten zu hören geruhen wollen.

Um diesem Allerhöchsten Vertrauen zu entsprechen, haben wir den gedachten Gegenstand einer ausführlicheren Erörterung unterworfen und sind dabei den documentirenden Darstellungen der Arnsberger Regierung, welche der Landtags-Commissar uns mitgetheilt, wesentlich gefolgt. Wir haben uns dadurch, sowie durch die Mehreren von uns unmittelbar beiwohnende Kunde von folgenden Verhältnissen überzeugt:

1. Die Anstalt zu Marsberg ist meisterhaft eingerichtet und verwaltet. Seit den elf Jahren ihres Bestehens sind von den grösstentheils als Unheilbare dahin gebrachten Irren der dortigen öffentlichen Anstalt ein Drittel, und von den in der Privat-Anstalt des Directors behandelten mehr als die Hälfte geheilt den Ihrigen und der bürgerlichen Gesellschaft wiedergegeben worden. Solche Thatsachen allein sind es, welche über die Güte der Anstalt und die Tüchtigkeit ihres Vorstehers entscheiden können, und wirklich ist darüber in der Provinz und im nahen Auslande nur Eine Stimme.

2. Die Anstalt zu Marsberg ist auf, von der ehemaligen Hessischen Regierung zu diesem Zweck überwiesene fixirte Fonds gegründet, welche eine jährliche Einnahme von 2,123 Thlrn. 6 Sgr. 5 Pf. beschaffen. Dabei ist sie so ökonomisch verwaltet, dass sie, unbeschadet ihrer inneren Trefflichkeit von den gewöhnlich Irren nur einen jährlichen Beitrag von 60 Thalern und von solchen, welche eine ausgezeichnete Verpflegung verlangen, 83 bis 166 Thaler zu entnehmen braucht. In Siegburg kostet dagegen nach

dem Amtsblatte der Coblenzer Regierung vom 30. September 1824 Nr. 40, die Verpflegung eines Irren 175 bis 650 Thaler, also das Dreifache. Ob dieses durch eine für den Zweck nicht nothwendige, zu glänzende Einrichtung, durch zu grosse Administrationskosten —, welche in Marsberg vom Director bis zum untersten Dienstmann der Anstalt nur 1,324 Thr. 19 Sgr. betragen oder durch sonstige ungünstige Local-Umstände in Siegburg veranlasst worden, vermögen wir nicht zu beurtheilen. Wohl aber müssen wir noch bemerken, dass bei einer Ausdehnung der Marsberger Anstalt die Verpflegungskosten sich noch verringern, und zwar für gewöhnliche Irren von 60 auf 50 und bei Vermögenden von 166 Thlrn. 20 Sgr. auf 130 bis 140 Thaler werden ermässigt werden können.

3. Marsberg hat nicht minder als Siegburg eine angenehme, ruhige Lage am schönen Diemel-Flusse und ist sonach ganz für eine solche Anstalt geeignet, wie auch die Erfahrung ausgewiesen.

4. Die Anstalt fasst durch die mit dem ersten Januar 1827 beendigten Bauten 80 Kranke, welche Zahl für das jetzige durch wirkliche Anmeldungen zur Aufnahme constatirte Bedürfniss genügt. Auch fehlt es nicht an anschiessendem Raume, um mit einem Kosten-Aufwande von 9—10,000 Thaler die Anstalt für alle Zukunft genügend zu erweitern.

Unsere wohlerwogene Meinung ist allem Diesem nach, dass zwar allerdings von Errichtung einer neuen Irren-Heilanstalt Abstand zu nehmen, und sonach die dadurch entstehenden doppelten Administrationskosten zu vermeiden, dass es dagegen aber auch durchaus nicht räthlich sei, sich an die kostbare Siegburger Anstalt anzuschliessen, sondern dass dem wahren Wohle der Provinz nur die angemessene Erweiterung der bestehenden Marsberger Irren-Heilanstalt und Uebernahme derselben für die Provinz entsprechen könne.

Ew. Königl. Majestät haben von uns nur eine pflichtmässige Aeusserung erwartet, und eine andere, als gegenwärtige, konnten wir unserem Gewissen nach nicht abgeben.. Der Kostenbetrag, welcher der Provinz durch Uebernahme und Erweiterung der Marsberger Heilanstalt erwächst, ist in zwei Jahren schon durch die Differenz der Siegburger und Marsberger Verpflegungspreise gewonnen, ungerechnet die durch die grössere Entfernung Siegburgs veranlassten Transportkosten.

Wir haben zwar auf alle Fälle, um der Allerhöchsten Willensmeinung zu entsprechen, zu Deputirten den Frhrn. v. *Bodelschwingh*

und Landrath *Thüsing* zu Arnsberg, und als Stellvertreter der Deputirten den Frhrn. *von Lilien* zu Borg und Herrn *Dahlenkamp* zu Hagen zu der beabsichtigten Unterhandlung mit den Rheinischen Ständen bevollmächtigt, allein wir haben uns zugleich genöthigt gesehen, ihnen die Instruction dahin zu ertheilen, dass die Vereinigung mit Siegburg der Provinz und ihren Bewohnern nicht mehr Kosten verursachen dürfe, als die Beibehaltung der Marsberger Heilanstalt. Dass auf solche Weise eine Vereinigung zu Stande komme, ist kaum zu erwarten, allein wir konnten doch auch unmöglich für eine Veränderung des bestehenden Verhältnisses stimmen, welche der Provinz grössere Kosten aufbürdet und noch dazu eine bewährt gefundene Anstalt aus der Provinz entfernt, und den dadurch veranlassten Verbrauch von Lebensmitteln einer anderen Stadt zuweist, was in einer dem Landmanne so ungünstigen Zeit, wie der gegenwärtigen, gewiss auch von Wichtigkeit ist. — Wenn wir ferner erwägen, dass der Arzt einer solchen Anstalt die psychische Geschichte aller einzelnen Kranken immer gegenwärtig haben muss, so können wir um so weniger eine zu grosse Anstalt räthlich finden, da in selber natürlich der Arzt seinen Pflichten gegen jeden einzelnen Kranken nicht genügend nachkommen kann, und Substitution durch Unterärzte hier immer unerwünscht ist. Auch aus diesem Grunde scheint uns die mässig grosse Marsberger Anstalt angemessener zu sein, als wenn Siegburg für zwei Provinzen von fast 3 Millionen Seelen die einzige Irren-Heilanstalt sein sollte.

Ew. Königlichen Majestät landesväterlichem Herzen tragen wir daher einstimmig die ehrfurchtvollste Bitte vor:

> es allergnädigst zu genehmigen, dass die Provinz Westfalen die Irren-Heilanstalt zu Marsberg als Aufbewahrungs- und Heilanstalt beibehalten und solche zweckmässig erweitert werden möge.

In tiefster Ehrfurcht ersterben Ew. Königlichen Majestät allerunterthänigst treugehorsamste Provinzial-Stände von Westfalen.

(Unterschriften.)

Münster, den 14. November 1826.

Vinke befürwortete diesen Antrag nicht unbedingt, da er die Vereinigung von Heil- und Aufbewahrungs-Anstalt in einem Gebäude nicht gutheissen könne, obwohl Marsberg beiden Zwecken befriedigend genügt habe, jedoch dringt er auf vorläufige Genehmigung unter dem Vorbehalte der Erfahrungen nach dem Erfolge, da das für Marsberg Verwendete doch nicht verloren sei.

Unter diesen Umständen war nicht zu erwarten, dass die Conferenz, welche die westfälischen Deputirten mit den rheinischen in Cöln hatten, zu einem Resultat führte, da lediglich der Kostenpunkt in's Auge gefasst werden sollte, und auch, obwohl man rheinischerseits auf die mehr zeitgemässe Einrichtung, auf die bessere Beköstigung in Siegburg aufmerksam machte, die Heilresultate beider Anstalten sich ziemlich gleich stellten.

Wie übel indess die Resultatlosigkeit dieser Conferenz, der man, wie es scheint, anderweite Ursachen und Motive unterschob, in Berlin vermerkt wurde, geht aus folgender Verfügung des Ministers *Altenstein* hervor.

Ew. Excellenz sende ich hierneben den mir unterm 19. v. M. gefälligst mitgetheilten Bericht der Abgeordneten der Westfälischen Provinzial-Stände über die mit den Deputirten der Rheinischen Stände wegen der Theilnahme der Provinz Westfalen an der Irren-Heilanstalt in Siegburg gepflogenen Verhandlungen nebst den dazu gehörigen 4 Anlagen ergebenst zurück. Für jetzt lässt sich hierauf noch keine Entschliessung fassen, da von den beiderseitigen Deputirten auf dem nächstbevorstehenden Provinzial-Landtage vorerst noch ihren Comittenten zu berichten, von den Provinzial-Ständen darüber zu beschliessen und über deren Beschlüsse die Allerhöchste Bestimmung einzuholen sein wird. Wenn nun auch zuvörderst noch der Bericht des Herrn Staatsministers *von Ingersleben* rücksichtlich des Interesses, welches die Rheinischen Stände zur Sache haben, eingegangen sein wird, so werde ich dafür sorgen, dass den Ständen beider Provinzen durch die ihm in Betreff der vom ersten Landtage unerledigt gebliebenen Gegenstände zu gebende allgemeine Uebersicht Gelegenheit zur Abfassung eines Conclusi dargeboten wird.

Wiewohl nun nach den Gesichtspunkten, welche die westfälischen Deputirten ihrer etwas vorgreifenden Instruction zufolge festgehalten haben, sich der weitere Gang der Sache mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit voraussehen lässt, wenn die Westfälischen Stände ihre Ansicht nicht ändern, so halte ich mich doch verpflichtet, Ew. Excellenz im Nachstehenden dasjenige mitzutheilen, was nach meiner Ueberzeugung der Beurtheilung, welche der Gegenstand bisher bei den Westfälischen Ständen gefunden hat, entgegenzusetzen ist.

1. Es ist keineswegs für ausgemacht zu erachten, dass kleineren Irren-Heilanstalten vor grösseren der Vorzug unbedingt eingeräumt werden muss. Die Praxis der psychischen Nosologie ist noch in der Ausbildung, die Zahl der Aerzte, von denen sich

Erfolge in dieser Sphäre erwarten liessen, ist ungemein gering, und um für die psychische Heilkunde mehr Licht und Sicherheit zu gewinnen, ist es wesentlich nothwendig, zuverlässigen psychischen Aerzten ein so weites Feld zu Beobachtungen und Versuchen zu eröffnen, als sich nur irgend, wäre es auch mit fremder Unterstützung, beherrschen lässt. Erst wenn Anstalten, die nach Bedingungen, welche bisheriger Erfahrung gemäss als den Zweck unterstützend gelten können, angelegt sind, eine Reihe von Jahren hindurch bestanden haben werden, und wenn man eine grössere Zahl von erfahrenen Aerzten besitzt, wird darüber abgesprochen werden können, ob es an der Zeit und rathsamer sei, die Anstalten klein oder gross fortbestehen zu lassen. Zunächst kommt es wesentlich darauf an, unter tüchtiger Leitung die nöthigen Heilversuche veranstalten zu lassen und wo dies als nächster Zweck zu betrachten ist, wird man hinderlich, wenn statt die Gelegenheit zu vervielfältigen, man solche vermindert. Dieserhalb ist auch davon ausgegangen worden, die eigentlichen Irren-Heilanstalten der Monarchie nur in den grösseren Provinzen zu errichten und kleinere Provinzen mit grösseren für die Benutzung dieser Anstalten zu verbinden.

2. Wie unvollständig auch die Erfahrungen sind, die man in diesem Fache der Heilkunde gemacht hat, so stimmen doch alle Sachverständige darin überein, dass eine gehörige Trennung verschiedener Zustände der Seelenkranken, bei denen Heilversuche stattfinden sollen, eine der Hauptbedingungen für den Erfolg ist, und dass nichts störender darauf einwirkt, als wenn heilbare und unheilbare Gemüthskranke in einer und derselben Anstalt zusammengebracht werden. Marsberg leidet an diesem Gebrechen*) der Vereinigung, welches von den Ständen gewiss unbefangen anerkannt worden wäre, wenn sie der ökonomische Gesichtspunkt und die Vorliebe für das Provinzielle nicht irre geleitet hätte.

3. Dass die Provinz Westfalen auch eine Anstalt zur Aufbewahrung unheilbarer Irren braucht, lässt sich, als von den Ständen anerkannt, nachweisen**).

Die Verbindung mit Siegburg wird nämlich von ihnen deshalb abgelehnt, weil ihrer Meinung nach sechszig Stellen für die Provinz Westfalen nicht genügen würden. Gleichzeitig nehmen sie — da in 14jähriger Erfahrung der dritte Kranke in Marsberg geheilt wurde — an (? *V.*), dass die Heilbaren zu den Unheilba-

*) Jetzt, aber das soll nicht bleiben. *Vinke.*

**) Wird von den Ständen nicht in Zweifel gestellt. *Vinke.*

ren wie zu 2 sich verhalten und doch steht wieder fest (*V.?*), dass die Anstalt zu Marsberg, selbst wenn die beabsichtigte Erweiterung zur Ausführung kommt, nur Raum für 80—90 Kranke haben wird. In alle dem ist wenig Zusammenhang*). Denn wenn das Bedürfniss der Provinz Westfalen in Beziehung auf die Unterbringung der heilbaren Irren wirklich so gross wäre, wie die Stände glauben, wenn sie behaupten, dass 60 Stellen in Siegburg nicht zureichen, dasselbe zu befriedigen; so kann noch weit weniger die Anstalt zu Marsberg auslangend sein**), da noch einmal so viel Plätze für Unheilbare nöthig sind, als die Provinz Plätze für Heilbare braucht, und in Marsberg***) gerade das umgekehrte Verhältniss sich darstellt, nämlich nur halb so viel Unheilbare als Heilbare dort unterzubringen sein würden.

Wollte man dagegen annehmen, dass Marsberg dies Bedürfniss der Provinz für Heilbare und Unheilbare befriedigen könne, so hätte die Behauptung der Stände, dass sechszig Stellen in Siegburg für Westfalen zu wenig, keinen Grund, denn in diesem Falle brauchte die Provinz nur etwa 30 Plätze in einer Heil-Anstalt.

Dies ist aber gewiss nicht der Fall, vielmehr lässt sich nach den sorgfältigen Erörterungen für Schlesien und die Provinz Sachsen annehmen, dass Westfalen sechszig Stellen in einer Heilanstalt bedarf, aber auch sicher damit ausreichen wird, wenn die Kranken nicht ohne Noth in der Irrenheil-Anstalt aufgehoben werden, sondern sobald es irgend zulässig (? *V.*) in die Aufbewahrungs-Anstalt übergehen.

Die Zahl der in die letztere gehörigen Kranken wird dagegen jedenfalls von einer weit grösseren Bedeutung sein, als dass der Raum, den die zur Herstellung in Marsberg befindlichen Kranken für Unheilbare übriglassen †), auch nur einigermaassen auslangen möchte, ja es steht sogar zu besorgen, dass, wenn in Marsberg auch nicht ein einziger Gemüthskranker sich der Herstellung halber befände, der dort zu beschaffende Raum nicht einmal für alle Unheilbaren zureichen wird (? *V.*). Hieraus ergiebt sich das dringende Bedürfniss einer besonderen Anstalt zur Aufbewahrung unheilbarer Gemüthskranker in Westfalen, abgesehen von nosologischen Motiven, und selbst abgesehen davon, dass es ein grober

---

*) Aus Missverstand! *Vinke.*

**) Sie soll ja auf 100 Heilbare eingerichtet werden. *Vinke.*

***) Nicht das jetzige Marsberg haben die Stände gemeint, sondern das verdoppelte. *V.*

†) Jetzt — *V.*

Uebelstand bleibe*), wenn die Provinz ein Institut für Gemüthskranke unterhielte, und nicht alle Kranke dieser Art, welche Aufsicht und öffentlicher Pflege bedürfen, darin untergebracht werden könnten.

Die Stände haben daher gar nicht zu besorgen, dass sie nach dem Anschlusse an die Anstalt zu Siegburg die Anstalt zu Marsberg verlieren würden, „vielmehr bedürfen sie beider und eignet sich die Marsberger Anstalt sehr wohl zur Aufbewahrungs-Anstalt, wobei auch der Nahrungsstand des Städtchens so wenig als Dr. *Ruer*, der Director bleiben könnte, verlieren würde (? *V.*).

Die entgegengesetzte Meinung entspringt hier theils aus mangelhaften Berechnungen, theils aus der irrigen Ansicht, dass zwischen Herstellung und Aufbewahrung von Gemüthskranken kein wesentlicher Unterschied sei**) und beide Zwecke sich vereinigt erreichen lassen. Allerdings erfordern auch die blossen Irren-Aufbewahrungs-Anstalten die sorgfältigsten Vorkehrungen und sehr tüchtiger Aerzte, allein ihre Tendenz bleibt doch ganz und wesentlich verschieden (? *V.*). Die Vermischung beider Zwecke bringt früher oder später Nachtheil. Es lässt sich annehmen, dass bei der individuellen Beschaffenheit des jetzigen Arztes dieser Nachtheil weniger grell hervortritt, allein dieses ist doch nur zufällig und es kann darauf kein fester Plan gegründet werden. Eine augenblickliche Erleichterung der Provinz in Beziehung auf diese Anstalten wird künftig desto grössere Opfer erheischen.

So viel endlich

4. den ökonomischen Punkt betrifft, so ist es noch keineswegs entschieden, dass die Siegburger Pflege-Sätze, die blos Vorsichts halber im ersten Etat etwas hoch angenommen worden sind, keiner Ermässigung unterliegen können. Muthmaasslich dürfte die bisherige Erfahrung bereits (? *V.*) berichtigend darauf eingewirkt haben, und auch die Ungeneigtheit der Provinz Westfalen zum Anschluss an die Anstalt dürfte die Rheinischen Stände bestimmen, für billigere Verpflegung zu sorgen; es ist daher um so mehr abzuwarten, welchen Entschluss die letzteren fassen werden.

Ich bin überzeugt, dass, wenn dieser Punkt irgend auf eine beiden Theilen genügende Weise noch geordnet werden kann (? *V.*), alle übrigen Gründe gegen die Vereinigung beider Pro-

*) Gewiss — das aber auch nicht Absicht. *V.*
**) Daran ist nicht gedacht. *V.*

vinzen höchst unerheblich bleiben, die Gründe für die Vereinigung das Uebergewicht behalten werden, kann aber nicht umhin, zu bemerken, dass, wenn die Provinz darauf beharren sollte, die Vereinigung nur in dem Falle zu Stande kommen zu lassen, wenn die Kosten in Siegburg und Marsberg gleichgestellt werden, dies nur beweisen würde, dass die Stände eigentlich nicht Gründen folgen wollen, weil sie einmal entschieden gegen die Vereinigung gestimmt sind.

Schliesslich benachrichtige Ew. Excellenz ich zur weitern gefälligen Veranlassung ergebenst, dass ich die General-Kasse meines Ministeriums angewiesen habe, die Beträge der Ihrem gefälligen Berichte beigefügt gewesenen Diäten- und Fuhr-Kosten-Liquidationen der beiden Westfälischen Abgeordneten mit 102 Thlr. 15 Sgr. und 85 Thlr., überhaupt also mit 187 Thlr. 15 Sgr. der Regierungs-Haupt-Kasse in Arnsberg zur weiteren Verrechnung zu zahlen.

Berlin, den 17. Mai 1828.

(gez.) *Altenstein.*

An des Königlichen wirklichen Geheimen Raths und Ober-Präsidenten Herrn *von Vinke* Excellenz in Münster.

Auch in einem späteren Erlasse vom 20. Juni 1828 dringt *Altenstein* mit Entschiedenheit darauf, dass die Verbindung von Heilanstalten mit blossen Verpflegungsanstalten durchaus unzulässig und nachtheilig sei, und die Provinz entweder eine besondere Heilanstalt bauen, oder sich an Siegburg anschliessen müsse.

Nichts destoweniger ging man nicht von dem gefassten Plane ab. Man betrieb die Erweiterung Marsbergs mit Eifer.

Die zum Landtage versammelten westfälischen Stände lehnten wiederholt die Verbindung mit Siegburg ab, indem sie hervorhoben, dass nach dem neuen Plane der Arnsberger Regierung Marsberg sich für das Bedürfniss der Provinz (100 Heilbare und 110 bis 120 Unheilbare) mit einem Kostenaufwande von 20—23,000 Thalern erweitern und vervollkommnen lasse, sie auch keineswegs die Nothwendigkeit einer Trennung der Heilastalt von der Pflegeanstalt anerkennten, wohl aber der Ansicht seien, dass eine solche Trennung mit Vortheil **an demselben Orte** ausgeführt werden könne und eine Verlegung der Anstalten an weit entfernte Orte nicht nothwendig erfordere. Im Uebrigen sei man bereit, wenn diese Ueberzeugung höhern Rücksichten weichen müsse, in Mühlheim die Heilanstalt zu errichten, für den Fall, dass die Gebäude derselben der Provinz vom Könige geschenkt werden.

Mit dieser Meinungsäusserung des Landtages war ein bedeutender Schritt zur Vereinigung und in der weiteren Entwickelung des Irrenwesens überhaupt geschehen. Man erkannte das Princip der Trennung der Heil- und Unheilbaren an, man wollte sie aber an demselben Orte (unter derselben Direction) verpflegen. Auch der Minister erklärte sich mit diesem Principe nunmehr einverstanden, „er dringe keineswegs auf eine meilenweite Entfernung der Anstalten, wenn nur beide so isolirt seien, dass keine die andere störe, dass in jeder die ganz eigenthümliche Richtung rein und vollständig verfolgt werde, und wenn jede gross genug sei, um ihr Bedürfniss zu befriedigen, so sei es gleichgültig (!), ob beide Anstalten mehr oder weniger entfernt von einander lägen."

Er versprach seine lebhafteste Unterstützung.

War nunmehr diese Angelegenheit dem Anscheine nach in die gewünschte Bahn geleitet, so sollte später noch bei der praktischen Ausführung die Bestimmung, wieweit denn eigentlich beide Anstalten an demselben Orte entfernt sein dürften, zu einem Kampfe führen, in welchem buchstäblich um Fusse gestritten wurde, und aus welchem so recht hervorleuchtet, wie schwer die erste Einrichtung einer Sache sich gestalten kann, in welcher Vorbilder und Erfahrungen nicht zur Richtschnur dienen können. Mit der am 6. December 1828 vom Minister *Altenstein* ausgesprochenen Uebereinstimmung mit den Ansichten des westfälischen Landtages, endete diese rheinische Episode in der Geschichte des westfälischen Irrenwesens, welche, wie hemmend und zeitraubend sie auch auf die Entwickelung von Marsberg gewirkt haben mag, dennoch offenbar das Fruchtbringende in sich trug, dass die Irrenangelegenheit in ein lebhaftes, allseitiges Interesse und in eine abschleifende, die Ideen läuternde Debatte hineingezogen, und schliesslich eine neue Heilanstalt, und zwar die erste in Deutschland, relativ mit dem alten Kloster als Pflege anstalt verbunden, erbaut und somit ein Princip der Gestaltung des Irren-Anstaltswesens festgestellt wurde, welches bis auf unsere Zeit maassgebend ist und jüngst erst wiederum von anderen Ansichten scheint verdrängt werden zu sollen.

Es war zur besseren Beurtheilung des Ganges unserer Geschichte nöthig, diese Episode erst vollständig durchzuführen, und wir kehren nunmehr zur speciellen Geschichte Marsbergs und des westfälischen Irrenwesens wieder zurück.

IV.

Bauten und Reparaturen.

Es ist klar, dass der Reparaturen und baulichen Einrichtungen vor und nach Eröffnung der Anstalt eine grosse Zahl war, man kann hinzufügen, dass sie bis zur heutigen Stunde andauern, wie das mehr oder weniger stets der Fall ist, wo zu anderen Zwecken benutzt gewesene Gebäude zu einer Irrenanstalt eingerichtet werden. Betrachtet man den Plan der Anstalt, so wie sie jetzt ist, so tritt sofort die Ueberzeugung hervor, dass die Gebäude aus den verschiedensten Zeiten stammen, und je nach dem Bedürfniss und dem Zulassen des Raumes und der gegebenen Oertlichkeit, im Laufe der Jahre entstanden sind.

Wir können hier nicht die vielfachen später nicht ausgeführten Projecte angeben, durch welche man die Unzulänglichkeit der Gebäude und baulichen Einrichtungen zu ergänzen und zu verbessern suchte, beabsichtigen vielmehr nur diejenigen Bauten chronologisch zu bezeichnen, welche der Anstalt ihre gegenwärtige Gestalt gegeben haben. Die Ausführung des Umbaues des Klosters zum Zwecke einer Irren- und Kranken-Anstalt wurde am 16. Februar 1813 dem damals in Bredelar angestellten Forstinspector *Eigenbrodt* wegen seiner erprobten Kenntnisse im Baufache übertragen. Im unteren Stockwerke der Anstalt waren fünf nach dem Markte zu gelegene Zimmer zur Wohnung des Directors und Arztes und fünf Zimmer nebst Küche und Speisekammer, neben dem allgemeinen Speisezimmer, zur Wohnung des Oekonomen der Anstalt eingerichtet, beiläufig bemerkt, die schönsten und beinahe die Hälfte des Raumes des ganzen Gebäudes einnehmende Räume. In den Zimmern des oberen Stockes, den ehemaligen Zellen der Kapuziner, waren die Kranken mit möglichster Berücksichtigung des Standes und der Krankheitsform untergebracht, doch so, dass der südliche und westliche Flügel des Gebäudes zur Trennung der Geschlechter mit einem Gitterwerk auf dem Gange, zu dessen beiden Seiten Zimmer liegen, abgeschlossen waren.

Nach dem ursprünglichen Plane war die Klosterkirche zu einer drei- oder vierstöckigen Wohnung bestimmt, und zwar im untersten Stockwerke zu einem Zimmer für den Director zur Vergrösserung seines nothdürftigen Quartiers, und zu fünf Zimmern für Tobsüchtige. In den oberen sollten Zimmer für ruhige Kranke eingerichtet werden.

Die Einrichtung der Kirche in der angegebenen Art würde

bei möglichster Ersparniss die veranschlagte Summe von 3,962 Thlrn. 12 Sgr. erfordert haben.

Diese Kosten überstiegen die damaligen Fonds der Anstalt, überdies erwies sich die Kirche bei näherer Untersuchung als baufällig — das Gewölbe war gesunken, die Wände zerrissen in Folge Unterwühlung der Fundamente durch eine Anschwellung des Gelindebaches bei Gelegenheit eines Wolkenbruchs und sie musste daher auf den dringenden Antrag einiger in der Nähe wohnenden Bürger, deren Häuser durch den Einsturz bedroht waren, bis auf das Chor abgebrochen werden. Letzteres dient noch heute als Anstalts-Kapelle. Im Jahre 1818 wurde der Abbruch der Kirche mit einem Kostenaufwande von 153 Thlrn. bewerkstelligt, der Erlös aus den Materialien von 142 Thlrn. zur Hospitalkasse gezogen, und der Platz mit einer Mauer umzogen und zur Bewegung der Hospitaliten im Freien benutzt.

Da die Erweiterung des Hospitals durch Ausbau der Kirche zu einem Wohnhause nicht zu Stande kam, so wurde mit Genehmigung des Ministeriums der Medicinal-Angelegenheiten von dem zum Ausbau der Kirche bestimmten und bis dahin ersparten Fonds der Anstalt unterm 29. Juli 1818 das *Canisius*'sche Haus nebst Scheune und ½ Morgen grossen Garten für die Summe von 2,970 Thlrn. angekauft und mit dem erforderlichen Kosten-Aufwand zur Dienstwohnung des Directors der Anstalt eingerichtet. In der von ihm verlassenen Wohnung im Hospital wurden sämmtliche weibliche Kranken untergebracht.

Diese mit ihrer Wärterin und der Oekonom bewohnten nun das untere und die männlichen Kranken mit ihrem Wärter das obere Stockwerk des Hauses. Wo es sich thun liess, mussten zwei und mehrere Kranke das Zimmer theilen; der Arzt erhielt die Erlaubniss, Kranke von Stand und Vermögen in seine Dienstwohnung aufzunehmen, auch wurden verschiedene Kranke von ihren Verwandten in Bürgerhäusern der Stadt untergebracht*).

So war es möglich, Raum für 35—36 männliche und 14—15 weibliche Kranke nebst Wartpersonal, für den Oekonomen und zu den ökonomischen Zwecken Raum zu gewinnen, welcher jedoch

*) Also schon damals die ersten nothgedrungenen Anfänge einer Art Irren-Colonie, die sich zwar, da später Raum gewonnen wurde, nicht weiter entwickelte, die aber heute, während des Baues der zweiten westfälischen Irren-Anstalt, bei ebenfalls wieder herrschendem Raummangel, wieder besteht.



immer der Zahl der Aufnahme-Anträge nicht genügte. Es fehlte ausserdem beinahe gänzlich an eigentlichen Tobzellen.

Das wirkliche Bedürfniss wurde erst da recht klar, als im Jahre 1817—18 in der Provinz Westfalen durch die öffentlichen Behörden Verzeichnisse der vorhandenen Irren angefertigt wurden.

Es befanden sich nämlich:

im Reg.-Bez.	Arnsberg	179	männliche,	147	weibliche,	326	im Ganzen
-	Münster	317	-	194	-	511	-
-	Minden	219	-	103	-	322	-
	Sa.	715	-	444	-	1,159	-

Von diesen hielt man ungefähr den 8. Theil, also 145, zur Aufnahme geeignet, während nur 52 in der öffentlichen und 5 in Privatanstalten untergebracht waren. Von letzteren befand sich ausser der des Directors Dr. *Ruer* zu Marsberg eine kleine des Wundarztes *Hintermann* zu Dortmund.

Während der im Jahre 1817 bereits aufgetauchte Plan der Verbindung mit der Rheinprovinz in einer grossen Heilanstalt die energische Abhülfe der Uebelstände verhinderte, wurden verschiedene Pläne aufgestellt, um wenigstens dem dringendsten Bedürfnisse des Augenblicks abzuhelfen.

Zuerst hatte man vor, den Oekonomen mit seiner Familie, ebenfalls wie den Director, aus der Anstalt zu legen, und ihm ein Haus im Garten zu bauen. Plan und Genehmigung war vorhanden, allein man nahm um so mehr Abstand von diesem Projecte — wir fügen hinzu, glücklicherweise, wegen des dadurch für später völlig verdorbenen Bauplatzes —, weil der Verding des Baues weit über den Kostenanschlag kam und bereits neue Vorschläge aufgetaucht waren: die Errichtung einer besonderen Irren-Heilanstalt in einem der disponiblen Domanial-Gebäude, oder Erweiterung der Anstalt zu Marsberg für 100 heilbare und Einrichtung des Stiftsgebäudes zu Obermarsberg für 50—60 unheilbare Irre. — Allein es blieb bei den Projecten, während die Irrenzahl stets zunahm, der Andrang und die Verlegenheit grösser wurde.

Eine im Jahre 1824—25 mit möglichster Sorgfalt vorgenommene Irrenzählung der Provinz ergab gegen die früheren folgendes Resultat:

Regierungs-Bezirk.	Flächeninhalt in geograph. Q.-Meilen	Bevölkerung am Schlusse des Jahres 1817.	Irenbestand im Jahre 1817—18.			Bevölkerung am Schlusse des Jahres 1825.	Irrenbestand im Jahre 1824—25.		
			männl.	weibl.	Summa.		männl.	weibl.	Summa.
Arnsberg	143	380,182	179	147	326	1,427,652	261	209	470
Minden	94	340,614	219	103	322		220	132	352
Münster	128	353,283	317	194	511		355	251	606
Summa	365	1,074,079	715	444	1,159		836	592	1,428

Hiernach hatte daher die Irrenzahl in 7 Jahren um 269 zugenommen.

Unter diesen Umständen, und da *Stoll* schlagend dargethan hatte, dass selbst, wenn anderswo eine Heilanstalt gebaut würde, Marsberg als Pflegeanstalt dann doch nicht ausreichen würde, da ferner das rheinische Project durch den zähen Widerstand der westfälischen Stände allmählig in Misscredit zu gerathen begann, kamen dann im Jahre 1826—27 folgende Bauten und Einrichtungen zu Stande:

1) Ein zweistöckiges Gebäude an der Stelle, welche das östliche Ende der Kirche eingenommen hatte, in gleicher Linie mit der vorderen Front des Hauses. Leider brachte man an demselben Fenster an mit niedrigem Rundbogen, die den Zimmern von Innen etwas sehr Gedrücktes und Unschönes geben, von Aussen aber die Vermuthung aufkommen liessen, dass ein Pferdestall sich dort befinde. Sie wurden im Jahre 1862 in viereckige, mit den übrigen Fenstern harmonirende, wieder umgebaut.

2) Ein einstöckiges Gebäude mit fünf befestigten Zellen für Tobsüchtige; bereits am 5. Juli 1823 vom Director *Ruer* vorgeschlagen.

3) Der Ankauf zweier Häuser zum Bau des Oekonomie-Gebäudes.

4) Der Oekonom wurde vorläufig in die Stadt quartiert und seine Anstaltswohnung zu Krankenzwecken benutzt.

V.

Fonds des Landeshospitals.

Ausser dem Grundvermögen, wovon die Gebäude mit Ausschluss der neuen Anbaue und angekauften Häuser in der Brandversicherungskasse zu 16,405 Thlr. Preuss. Courant eingeschrieben sind, und dem mobilen Vermögen, besass die Anstalt:

	Betrag der Kapitalien.			Betrag der jährlichen Zinsen		
	Thlr.	Sgr.	Pf.	Thlr.	Sgr.	Pf.
A. an Activ-Kapitalien:						
1) Kapitalien von dem aufgehobenen Kloster	2,391	8	2	84	23	4
2) Kapitalien von den Ueberschüssen der, gemäss dem Gesetze vom 26. September 1806, zu entrichtenden Beiträge der unter landesherrlicher Oberaufsicht stehenden Orts-Armenfonds à 5 Procent ihrer jährlichen Renten	997	15	—	49	26	2
3) Kapitalien, mit welchen, nach Auflösung des westfälischen Wohlthätigkeitsfonds, die frühere jährliche Rente der Anstalt ad 1,500 Florin abgelöset ist	21,891	20	—	1,053	17	6
4) Das bei dieser Ablösung laut Allerhöchster Cabinetsordre vom 28. Mai 1822 der Anstalt zur Verstärkung seiner Fonds überwiesene Kapital	875	—	—	43	22	6
5) Kapitalien der westfälischen Dispensationskasse, welche in Folge einer Bestimmung des Staats-Kanzlers Fürsten *von Hardenberg* mittels Verfügung des Königl. Ministerii der Medicinal-Angelegenheiten vom 10. October 1818 der Anstalt mit der Verbindlichkeit überwiesen sind, die darauf haftenden Pensionen — jetzt noch 75 Thlr. 25 Sgr. — zu zahlen	4,966	20	—	240	27	—
Summa der Kapitalien	31,122	3	2	1,472	26	6

	Betrag der jährlichen Zinsen. Thlr.	Sgr.	Pf.
Transport . .	1,472	26	6
Zu den Kapital-Zinsen kommen:			
B. Fixirte jährliche Beiträge der Orts-Armenfonds des Herzogthums Westfalen	508	29	6
C. Die Dispensations-Gebühren von Heirathen in verbotenen Graden etc., welche mit den Kapitalien A. 5 der Anstalt überwiesen waren nach 6jähriger Fractionsberechnung	142	10	5
D. Aussergewöhnliche Einnahmen:			
a) Verpflegungsgelder für jeden armen Hospitaliten aus Armen- oder Gemeindefonds jährlich 60 Thlr., machte bei einer Anzahl von 50 Individuen, welche das Hospital damals aufnehmen konnte und wirklich aufgenommen waren	3,000	—	—
b) Eingebrachtes und der Anstalt verbleibendes Vermögen verstorbener, und Beiträge zu den Verwaltungskosten vermögender Hospitaliten nach einer 6jährigen Fractionsberechnung	47	22	10
Summa der jährlichen Einnahme	5,171	29	3

Was die höheren Verpflegungssätze betraf für Hospitaliten, die aus ihrem eigenen Vermögen zahlten, so beruhten sie auf jedesmal abgeschlossenen Verträgen und betrugen 100—200 Thlr. Gemeingeld oder 83 Thlr. 10 Sgr. bis 166 Thlr. 20 Sgr. Preuss. Courant jährlich.

Das Ministerium der Medicinal-Angelegenheiten hatte unterm 23. August 1823 bereits bestimmt, von den dem Herzogthum Westfalen nicht zugehörigen Kranken, nach Maassgabe ihres Vermögens, einen jährlichen Vergütungssatz von 65—70 Thlrn. zu entnehmen. Für vermögenslose Hospitaliten, ohne Unterschied ihrer Heimath, galt der Normalsatz von 60 Thlrn. Bei Kindern fand eine Ermässigung von einem Drittheil des Normalsatzes statt.

VI.
Innere Einrichtung und Verwaltung der Anstalt.

Das Personal der Anstalt war folgendes: 1) der Director und Arzt Dr. *Ruer*; 2) der Oekonom *Rhode*; 3) der Rendant *Busch*; 4) der Hospitals-Aufseher, Oberwärter und chirurgische Assistent *Hausmann*; 5) die Wärter (1 auf 16 bis 18 Kranke); 6) die Wärterin. —

Der katholische Pfarrer *Keuper* zu Niedermarsberg und der evangelische Prediger *Grabe* in Helminghausen (Waldeck) besorgten die nöthigen geistlichen Verrichtungen. Der Director, Oekonom und Rendant bildeten, wie schon aus der oben angeführten Dienstordnung hervorgeht, einen Verwaltungsrath, zur Zeit der preussischen Regierung unter Vorsitz des Landraths des Kreises, der am Schlusse jeden halben Jahres eine regelmässige Sitzung hielt, auch auf Einladung des Directors bei aussergewöhnlicher Veranlassung zusammentrat.

Die Bedingungen und Erfordernisse bei der Aufnahme, Absendung, Verpflegung, Entlassung und beim Absterben der Hospitaliten, sowie wegen Berichtigung der Verpflegungskosten, waren durch besondere Regierungs-Verfügungen bestimmt, und durch die Amtsblätter von 1821 No. 485. und 1822 No. 637. bekannt gemacht worden.

Das Geschäfts-Journal des Directors war nach übersichtlichen Schematen eingerichtet, das Inventarium mit dessen Ab- und Zugängen angelegt und die Registratur systematisch und chronologisch geordnet.

Nach gleichen Formularen wurden in bestimmten Zeiten die vorhandenen besetzten und erledigten, heizbaren und nicht heizbaren und befestigten Wohnräume nachgewiesen, die Abgangs- und Zugangs- und Bestandslisten der Hospitaliten, die Tabellen über die in ärztlicher Behandlung befindlichen Kranken, mit den damit in Verbindung stehenden klinischen Tagebüchern, rücksichtlich auch der aus der Ortsapotheke verschriebenen und der selbst dispensirten Arzneien geführt und die Verköstigungs- und Bekleidungstarife controlirt.

Eine Hausordnung bestimmte die Rechte des Hospitaliten, welche mit Rücksicht auf die Geschlechtsverschiedenheit nach Stundenplänen verpflegt und beschäftigt wurden.

Das Wartpersonal war auf ausführliche Dienstanweisungen verpflichtet. Ueber die Anwendung der Beschränkungsmittel war eine, dem damaligen Standpunkte der Wissenschaft entsprechende

Verordnung gegeben, deren Ausführung auf's Strengste empfohlen war. Nach einem Reglement vom 5. Juli 1828 waren ausser der Jacke und dem Sessel noch im Gebrauche das Zwangsstehen am Tau für solche, welche fortwährend unruhig hin und her liefen, Sturzbäder und der Drehstuhl.

Das Rechnungswesen wurde nach den bestehenden Verwaltungs-Grundsätzen geführt. Der Rendant hatte eine Caution von 1,500 Thlrn. geleistet und war nach gesetzlichen Vorschriften verpflichtet. Seit dem Jahre 1826 fanden monatliche Kassen-Revisionen statt. Mit dem Schlusse jedes Kalenderjahres wurde Rechnung gelegt und diese von einem Regierungsbeamten revidirt.

Der Director erstattete am Schlusse jeden halben Jahres einen Verwaltungs-Bericht an die Regierung zu Arnsberg und der Ab- und Zugang, sowie der Bestand der Hospitaliten wurde jährlich im Amtsblatt nachgewiesen.

Es fanden jährliche Visitationen der Anstalt durch den Departementsrath statt, deren Resultate, sowie die Urtheile von besuchenden sachkundigen Fremden *Stoll* in einem Berichte vom Jahre 1826 als sehr günstig rühmt.

Ebenso wird die Wohlfeilheit und Güte der Verpflegung besonders hervorgehoben.

Die Hessische Regierung hatte durch die von mehreren Vorständen ähnlicher Institute und von bewährten Oekonomen unmittelbar eingezogenen Notizen die Ueberzeugung gewonnen, dass die Speisung der Hospitaliten im Accord mit dem Oekonomen der Verpflegung in eigener Administration vorzuziehen sei. Die spätere Erfahrung scheint wenigstens bis zur Errichtung der Heilanstalt für die Richtigkeit dieser Annahme entschieden zu haben, da die genannte Art der Speisung bis zu diesem Zeitpunkte festgehalten wurde.

Bei Eröffnung des Landes-Hospitals, als nur wenige Kranke noch verpflegt wurden, betrug das Kostgeld für jeden erwachsenen Hospitaliten 16 Stüber oder 6 Sgr. 2 Pf. täglich, später als mehr (53) Kranke vorhanden waren, erhielt der Oekonom pro Kopf und Tag 2 Sgr. $10\frac{1}{2}$ Pf. oder 35 Thlr. jährlich. Kranke mit besserer Verpflegung zahlten täglich 10 Sgr. $6\frac{12}{13}$ Pf. oder für das ganze Jahr 128 Thlr. 20 Sgr. $6\frac{12}{13}$ Pf. — Wenn die Zahl der Armen bis 100 und die der Vermögenden über 8 würde gestiegen sein, so hoffte man beide Verpflegungssätze auf resp. 24 Thlr. 8 Sgr. $2\frac{8}{10}$ Pf. und auf 100 Thlr., somit die gesammten Unterhaltungskosten, einschliesslich für die Administration, Holz, Licht und bei den Armen für Bekleidung, Lagerstätten, Bett, Medicin, chirur-

gische Behandlung, Reinigung und Gerälbschaften von 60 auf 50 Thaler und bei Vermögenden von 166 Thlr. 20 Sgr. auf 130 bis 140 Thlr. ermässigen zu können. Betrachtet man die oben bereits angegebene Zusammensetzung des Tisches, welcher hierfür gewährt wurde, so erscheint der dem Oekonomen gewährte Satz allerdings als ein sehr billiger und für die Anstalt vortheilhafter.

Das Wartpersonal wurde vom Arzte in der Behandlung der Kranken unterrichtet und vor seiner definitiven Anstellung ein Examen mit ihm vor dem Verwaltungsrath abgehalten und das darüber geführte Protokoll der Regierung zur Genehmigung der Anstellung eingereicht.

Das Protokoll eines derartigen Examens lautet folgendermaassen:

Protocollum speciale,

die bei der Sitzung des Verwaltungs-Rathes am Ende Mai 1822 vorgenommene Prüfung des neuen Wartungspersonals betreffend.

Frage	Antwort
I. Frage. Was hat ein Irrenwärter in einer Irrenanstalt hinsichtlich des Gebäudes, der Irren-Zimmer, Fenster, Thüren u. s. w. zu beobachten?	**Antwort.** Gehöriger Verschluss sämmtlicher Thüren und Fenster, damit weder die Bewohner, noch das Gebäude beschädigt werden.
II. Frage. Was hat der Wärter beim Herausführen der Irren ins Freie zu beobachten?	**Antwort.** Sorge dafür, dass sie nicht entspringen und weder sich untereinander, noch den Wärtern Verletzungen zufügen.
III. Frage. Was ist in einer Irrenanstalt in Ansehung des Lichtes, der Heizung u. s. w. zu beobachten?	**Antwort.** Darauf zu sehen, dass die Oefen gehörig geheizt, die vorgeschriebene Temperatur dabei beobachtet und darauf gesehen werde, dass den Kranken selbst weder Licht, noch Feuerung anvertraut werde.
IV. Frage. Wie hat sich der Wärter gegen Irre überhaupt zu betragen?	**Antwort.** Menschenfreundlich.

V. Frage.

Wie muss der Wärter die ihm anvertrauten Irren betrachten?

Antwort.

Er muss sie als seine ihm anvertrauten ungezogenen Kinder betrachten.

VI. Frage.

Was hat der Wärter zu thun, wenn bei einem Irren plötzlich Tobsucht ausbricht?

Antwort.

Er muss sorgen, sie in Güte zu beruhigen und in ein getrenntes festes Gemach, worin sie sich und Andere nicht beschädigen können, zu führen.

VII. Frage.

Welches sind die besten Zwangsmittel zur Bändigung Tobsüchtiger?

Antwort.

Die Zwangsweste — da Ketten sie nur beschädigen und sie, weil sie dann glauben würden, man hielte sie für Verbrecher, nur noch mehr empören würde.

VIII. Frage.

Darf der Wärter die Irren auch durch Schläge zur Ruhe bringen?

Antwort.

Nein — weil sie dadurch nur boshafter und misstrauischer werden.

IX. Frage.

Wie muss der Wärter sich rächen, wenn ihn die Irren beleidigen, beschimpfen u. s. w.?

Antwort.

Man muss sich dann so benehmen, als wenn man das nicht hörte, und sie auch dann als unvernünftige Kinder behandeln.

X. Frage.

Darf der Wärter den Irren geradezu widersprechen, wenn sie etwas Unsinniges und Falsches behaupten?

Antwort.

Nein — er muss sie dann auf andere Gedanken zu führen suchen.

XI. Frage.

Darf er Irren in ihren falschen Behauptungen Recht geben?

Antwort.

Nein. —

XII. Frage.

Darf er Irre an ihre falschen Vorstellungen erinnern, oder sie zur Wiederholung ihrer lächerlichen Aeusserungen und Gewohnheiten anreizen?

Antwort.

Nein. —

XIII. Frage.

Darf er die Irren belügen?

Antwort.

Nein — weil man sonst ihr Zutrauen verliert.

Frage	Antwort
XIV. Frage. Darf der Wärter den Irren heimlich Speise oder Trank zubringen lassen?	**Antwort.** Nein. —
XV. Frage. Darf er Fremde oder Verwandte zu dem Irren lassen?	**Antwort.** Nein — nur nach erhaltener Erlaubniss der Vorgesetzten.
XVI. Frage. Was hat der Wärter bei ganz blödsinnigen und unreinlichen Kranken zu beobachten?	**Antwort.** Er muss sie sauber und reinlich halten — sie zur rechten Zeit aufstehen und schlafen gehen lassen, und sie mit Speise und Trank verpflegen.
XVII. Frage. Was hat er bei denjenigen zu thun, die von der fallenden Sucht befallen werden?	**Antwort.** Er muss ihnen schleunigst zu Hülfe eilen, damit sie sich nicht beschädigen — enge Bänder und Halstücher baldigst lösen, den Kopf in die Höhe halten und ein Bettkissen unterlegen.
XVIII. Frage. Was hat der Wärter hinsichtlich der Reinlichkeit im Hospital zu beobachten?	**Antwort.** Dass Alles zur angedeuteten Zeit gehörig rein gemacht werde, die Fenster öffnen, und frische Luft durchziehen lassen.

Das Prüfungs-Protokoll wurde hierauf geschlossen und von sämmtlichen Mitgliedern des Verwaltungsrathes unterschrieben.

Dritter Abschnitt.

Vom Bau der Heilanstalt bis zur Eröffnung der zweiten westfälischen Irrenanstalt.

1834—1864.

VII.

Eröffnung der Heilanstalt.

Bald nachdem der Minister seine Uebereinstimmung mit den Ansichten des westfälischen Landtages in dem Erlass vom 6. December 1828 ausgesprochen hatte, begann man nun ernstlich an die Erweiterung von Marsberg zu denken. Man gab gleichsam stillschweigend das Project mit Mühlheim auf, zu dessen unentgeltlicher Erlangung von Seiten des Staates keine Aussicht schien vorhanden zu sein.

Vinke beauftragte *Stoll*, die Pläne zur Erweiterung Marsbergs

vorzubereiten und darauf zu sehen, dass hiebei die Bedingungen in Erfüllung gebracht würden, welche der Minister als unerlässlich angegeben hatte, „dass beide Anstalten nämlich soviel isolirt seien, dass keine die andere störe und geräumig genug, dass jede ihren Zweck vollständig und rein erfüllen könne."

Stoll sah sich bei der Unbestimmtheit dieser Bedingungen und dem in Marsberg gegebenen äusserst beschränkten Terrain ausser Stande, mit Bestimmtheit diese Frage zu lösen, und es trat nunmehr die für die damalige Sachlage und die Entwickelungsgeschichte der Irrenanstaltsfrage überhaupt wichtige Frage in den Vordergrund, wie weit denn eigentlich beide Anstalten entfernt sein dürften.

Nach dem durch die Oertlichkeit bedingten Projecte mussten die beiden Anstalten sich an einer Ecke beinahe unmittelbar berühren und nur durch die Kapelle getrennt sein, während sie nach der entgegengesetzten Seite in einem Winkelhaken auseinander liefen.

Stoll drang daher darauf, dass, falls diese Situation nicht entsprechen sollte, eine bestimmte Entfernung angegeben werden möge. Fiele diese so aus, dass sie nach dem gegebenen Maassstabe der Oertlichkeit unausführbar sei, so müsse man den ganzen Plan der Erweiterung aufgeben und wieder auf Siegburg oder Mühlheim zurückgehen, oder aber, was er für das Beste halte, nach einem Musterplane eine von Grund auf neu zu bauende Heilanstalt in der Mitte der Provinz erbauen. Leider verhallte diese letzte Bemerkung gänzlich unbeachtet. Die Errichtung einer neuen Anstalt in der Mitte der Provinz, deren Charakter als blosse Heilanstalt sich sehr bald bei der Baufälligkeit und Beschränktheit des Marsberger Gebäudes wesentlich modificirt haben würde, hätte wahrscheinlich die ganze westfälische Irrenanstalts-Angelegenheit in eine bessere und entwickelungsfähigere Bahn geleitet.

Der Baumeister *Althoff* zu Soest, welcher mit Anfertigung der Pläne beauftragt worden war, weil der Bauinspector *Plassmann* zu Arnsberg, welchen die Regierung daselbst vorgeschlagen hatte, die Ausführung des Baues wegen anderweitiger Geschäfte nicht leiten konnte, legte nunmehr die Pläne vor, wonach die neue Anstalt, 24 Fuss von der alten entfernt, errichtet werden sollte.

In Berlin war man jedoch hiermit nicht einverstanden: *Hufeland* antwortete im August 1829 im Namen des Ministers, dass allerdings eine meilenweite Entfernung der Institute nicht erforderlich, dass jedoch eine Entfernung von 24 Fuss unmöglich genügen

könne, da ja dann die fortwährende Communication des Dienstpersonals, die möglichst zu verhüten sei, nicht vermieden werden könne. Man möge wenigstens die neue Anstalt an das andere Ende der Stadt zu verlegen suchen, da man dann dennoch beide unter einer Direction und Verwaltung führen könne, und hiernach Modificationen des Planes einreichen.

Dieser Einwurf verschob die so nöthige Ausführung wiederum erheblich. Obwohl *Vinke* denselben gleichsam ignorirte und darauf verwies, dass der Minister sich früher im Allgemeinen mit dem Gange der Angelegenheit einverstanden erklärt hätte, so war man doch bemüht, den Berliner Ansichten möglichst zu entsprechen, und *Ruer* brachte drei Bauplätze in Vorschlag, die 150—200 Schritt von der Anstalt entfernt waren, während der Regierungs- und Medicinalrath *Borges* zu Münster darzuthun suchte, dass die Grösse der Entfernung durchaus irrelevant, dass es nur nöthig sei, dass die Bewohner der beiden Anstalten sich gegenseitig nicht störten, seien sie nun 50 oder 100 Fuss auseinander. Er wies mit Recht darauf hin, wie schwierig die gemeinsame Direction und Verwaltung sei, wenn beide Anstalten durch die in der Mitte liegende Stadt getrennt seien, und wie es nicht selten vorkomme, dass für unheilbar Gehaltene in Pflegeanstalten noch genesen könnten, wie z. B. in der Hessischen Anstalt zu Hayna dies öfter beobachtet worden, und wie erst kürzlich ein für unheilbar gehaltener, schon 10 Jahre geisteskranker Mann wieder ganz vernünftig geworden sei. Hieraus gehe deutlich hervor, dass sich eine solche scharfe Grenze zwischen Heil- und Unheilbaren nicht ziehen lasse. Nichtsdestoweniger erschien im Juli des folgenden Jahres 1830 folgender Erlass des Ministers:

Ew. Excellenz beehre ich mich im Anschlusse die mittelst Berichts vom 4. Januar d. J. mir vorgelegten Verhandlungen,

die Erweiterung der Irrenanstalt zu Marsberg und die Anlage einer Irren-Heil-Anstalt daselbst betreffend,

ganz ergebenst mit dem Eröffnen zu remittiren, dass ich es für äusserst bedenklich halte, dass eine Irren-Heilanstalt mit der schon bestehenden Irren-Aufbewahrungsanstalt verbunden werde.

Je entschiedener allmählig das Urtheil aller Sachverständigen darin übereinstimmt, dass jede Verbindung und Annäherung einer Irren-Heil- und einer Irren-Pflege-Anstalt vom Uebel sei, um so weniger kann ich wünschen, dass auf eine solche Verbindung dauernde Einrichtungen gerichtet werden, welche auf eine sehr geraume Zeit, vielleicht auf Menschenalter hin, die Wiederabsonderung zweier so heterogener Anstalten unendlich erschweren.

Ew. Excellenz werden Sich auch bei näherer Erwägung gefälligst Selbst überzeugen, dass es etwas Anderes sei, pro tempore die Aufnahme zweier verschiedener Arten von Seelengestörten in eine und dieselbe Anstalt, obwohl diese nur für eine einzige Art berechnet ist, nachzulassen, wie dies mit Siegburg nach der von Ew. Excellenz ausgehobenen Stelle des zweiten Rheinischen Landtagsabschiedes der Fall gewesen, und etwas Anderes, zwei verschiedene Anstalten für beide Arten unter Ein Dach, oder doch in eine solche Verbindung zu bringen, dass eben diese Nähe beide Anstalten nicht wohl zu lebendigem Gedeihen fördern lässt.

Eine jede dieser Anstalten hat eine so eigenthümliche Richtung, dass aus der Verbindung ihrer Direction nach aller Erfahrung unmerklich für die eine oder die andere Richtung Nachtheil entsteht. Es ist solches tief in der Sache begründet. Die Behandlung der Gemüthskranken in beiden, in Ansehung aller äusseren Bedingungen und des ganzen Verfahrens ist so sehr verschieden, dass es, zumal bei der Grösse solcher verbundenen Anstalten und der Schwierigkeit, dass der Director und das höhere Personal sich von dem Einflusse der einen Auffassungsart auf die andere frei halte, früh oder spät nicht an den unangenehmsten Erfahrungen fehlen kann. Es ist dieses noch weit schädlicher, als die räumliche Nähe solcher Anstalten.

Wenn auch bei Siegburg wirklich von der wissenschaftlich begründeten Regel abgewichen worden wäre, so ist es doch höchst nothwendig, den Erfolg solcher Abweichung eine Zeitlang zu erwarten und die Erfahrungen darüber zu sammeln, ehe von ferneren Zugeständnissen ähnlicher Art die Rede sein könnte. Von diesem Gesichtspunkte aus ist die Exemplification der westfälischen Provinzial-Stände auf den Vorgang Siegburgs ohne besondere Bedeutung. Auch kann ich derselben sogleich das Beispiel Westpreussens entgegen stellen, wo die Provinzialstände, um nur ihre Anstalten an Einem Orte zu haben, Pflege- und Heil-Anstalten für Irre in Graudenz zusammenbringen wollten, wozu ich indess in Gemeinschaft mit dem Minister des Innern meine Zustimmung versagt habe.

Für die Rheinprovinzen und Westfalen wäre sehr zu wünschen gewesen, dass die provinzialständischen Verbände sich associirt und Siegburg als Heilanstalt und Marsberg als Pflegeanstalt für beide Provinzen unterhalten hätten. Hierzu haben sich die Stände nicht entschliessen können. Daraus folgt aber nicht, dass sie nun auch einen unzweckmässigen Plan verfolgen. Es ist schmerzlich, wenn die Stände bei einem so lebhaften Sinne für

das Gute eine Anstalt begründen, welche den wichtigsten Anforderungen nicht genügt. Ew. Excellenz ersuche ich daher auf das Dringendste, Ihren Einfluss bei den Provinzialständen darauf zu verwenden, dass von der beabsichtigten Verbindung beider Anstalten abgestanden wird. Wenn solches durchaus nicht zu erreichen sein sollte, ist zu wünschen, dass eine Einrichtung getroffen werde, welche sich bei sich zeigenden Nachtheilen später wieder leicht auflösen lässt, und die nicht ausschliesst, dass künftig ein Besseres statt fände. Es wird dieses der Fall sein, wenn bei dem Bau jetzt darauf Rücksicht genommen wird, dass künftig solcher mit Leichtigkeit als Erweiterung des neuen Instituts in einer Richtung, also blos für die Heilung oder Aufbewahrung der Irren benutzt werde.

Die Baupläne lassen sich hier schwer beurtheilen, da allerdings sehr viel auf die Localität und die Berücksichtigung des Vorstehenden ankommt.

Inzwischen scheint der Bau nach der Figur des H, wenn in der Mitte die ökonomischen Anlagen kommen, den Vorzug zu verdienen.

Berlin, den 3. Juli 1830.

gez. *von Altenstein*.

An des Königlichen wirklichen Geheimen Raths,
Ober-Präsidenten Herrn *von Vinke* Excellenz
zu Münster.

Vinke stellte dagegen vor, dass eine Verbindung der Anstalten durchaus nicht beabsichtigt werde, ein Erfolg anderweitiger Projecte beim Landtage sei nicht zu erwarten, wenn nicht Mühlheim vom Staate hergegeben würde und Staatszuschüsse für die eventuellen Mehrkosten in Aussicht ständen, was nach dem bisherigen Gange nicht zu erwarten sei, man sehe daher die Angelegenheit als genehmigt an.

Im Ministerium sah man jedoch die Sache anders an und *Hufeland* erwiederte im Auftrage des Ministers Folgendes:

Ew. Excellenz beehre ich mich auf den gefälligen Bericht vom 26. August d. J.,

die Erweiterung der Irren-Anstalt zu Marsberg und die Anlegung einer Irren-Heil-Anstalt daselbst betreffend,

in Bezug auf die darin enthaltenen Bemerkungen, und zwar ad a. ergebenst zu erwiedern, dass ein Missverständniss über den Begriff einer Verbindung beider Anstalten gar nicht stattfindet, indem gerade das, was Ew. Excellenz bezeichnen und die Stände wollen,

hier eine Verbindung heissen und als unzweckmässig erscheinen muss.

ad b. wird es darauf ankommen, ob die Stände auch noch auf einem dritten Landtage, und auch, wenn ihnen die Erklärung meines Ministerii, die Genehmigung einer solchen Verbindung Allerhöchsten Orts niemals bevorworten zu können, vorliegt, noch auf ihrem Plan bestehen möchten. Dieses dürfte wohl einen Versuch lohnen. Die von Ew. Excellenz dem vorliegenden Berichte abschriftlich beigefügte Allerhöchste Cabinets-Ordre vom 6. December v. J. präjudicirt dieses noch jetzt so erhebliche Bedenken nirgends, und ist diesseits extrahirt worden; auch folgt ebensowenig aus der eventuellen Aeusserung des Rescripts vom 3. Juli c. über den Erweiterungsplan etwas für die Genehmigung der Verbindung beider Institute.

Berlin, den 11. October 1830.

Im Auftrage Sr. Excellenz des Herrn Ministers der Geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-Angelegenheiten.

gez. *Hufeland.*

An des Königlichen wirklichen Geheimen Raths und
Ober-Präsidenten Herrn *von Vinke* Excellenz
zu Münster.

Dieser Erlass wurde jedoch vorläufig von *Vinke ad acta* gelegt und die Angelegenheit nahm ihren weiteren Fortgang.

Nach mehrfachen Debatten über den in der Nähe des alten Hospitals zu wählenden Bauplatz für die neue Heilanstalt, nach Beseitigung eines Missverständnisses, nach welchem *Ruer*, gemäss der Ministerial-Verfügung, den Bauplatz 300 Schritte vom Hospitale, dicht an dem nach Giershagen führenden Wege, dem Baumeister angewiesen hatte, nach längerer Debatte, ob nicht erst die halbe H-Form auszuführen sei, entschloss man sich endlich, die neue Anstalt an ihrer jetzigen Stelle zu errichten, d. h. in unmittelbarer Nähe des alten Klosters, mit welchem sie einen rechten Winkel bildet.

Am 21. November 1830 fand dann in Marsberg eine Conferenz statt, in welcher der Ober-Präsident *von Vinke*, die ständischen Deputirten: Freiherr *von Lilien-Borg* als erwählter Stellvertreter des Freiherrn *von Bodelschwingh-Plettenberg* und der Landrath *Thüsing* aus Arnsberg, ausserdem der Regierungs-Präsident *von Porbeck* und Medicinal-Rath Dr. *Stoll* aus Arnsberg zugegen waren.

Nach Darlegung der Sachlage durch den Ober-Präsidenten bemerkten die ständischen Deputirten, es würden die wohlgemeinten Bedenken des hohen Ministeriums zwar mit gebührendem

Danke anerkannt, allein sie vermögten sich nicht davon zu überzeugen, dass solche für den vorliegenden Fall Anwendung erleiden dürften, wo eine völlige Trennung der Gebäude, ein eigenes Personal für jede Anstalt, lediglich eine gemeinschaftliche Oekonomie für beide und eine Direction beabsichtigt werde, vielmehr scheine ihnen letzteres für beide Anstalten sehr erspriesslich, indem es die Translocation der Kranken aus einer Anstalt in die andere, als sobald sie dem Director erforderlich schien, gestatte, dieser dadurch in fortlaufender Beobachtung und Kenntniss der Kranken erhalten werde, viel besser im Stande schiene, die Kur derselben zu verfolgen, als zwei Aerzte, welcher jeder sich von Neuem über den Kranken orientiren müsse, wo dann beide häufig abweichende Ansichten, daher verschiedene Plane verfolgen würden, solches vermöchten; daneben entstehe eine bedeutende Vermehrung der Kosten, welche dann leicht unerschwinglich für die Provinz würden und den ganzen Plan leicht scheitern liessen, daher selbst wenn die Ansicht des hohen Ministeriums den Vorzug verdienen sollte, es räthlich erschiene, sich mit dem minder Vollkommenen, aber Erreichbaren zu genügen u. s. w., man könne auf eine weitere Trennung als vorbemerkt nicht eingehen und es sei auch hierzu die Aussicht auf Genehmigung des Landtages einzig und allein vorhanden u. s. w. Der Plan des Wegebaumeisters *Althof* sei vorgelegt, geprüft und im Allgemeinen genehmigt, und derselbe mit der Neuzeichnung desselben beauftragt, um ihn dem Landtage vorzulegen. — Nach der Revision sämmtlicher Irren durch den Dr. *Ruer* habe sich als die Zahl der Unterzubringenden

für die Heilanstalt 60,
für die Pflegeanstalt 90—100

ergeben.

Bei der notorischen Zunahme dieser Kranken wolle man aber das mögliche *maximum* nehmen und

für die Heilanstalt 80 Heilbare,
für die Pflegeanstalt 110 Unheilbare

annehmen; die nach dem Verhältniss von 3 weiblichen auf 5 männliche, und von 1 tobsüchtigen auf 4 ruhige Irre zu placiren seien..

Man hat es als angemessen erachtet, statt des bisherigen Verdings der Wirthschaft eigene Oekonomie zu treiben, besonders auch um die Kranken zu beschäftigen, und beabsichtigt, die nöthigen Grundstücke und Gebäulichkeiten herzustellen. Hinsichts des Personals ist als nöthig erachtet worden:

1) dem Arzt und Director ein Gehalt von 1,200 Thlrn. zu gewähren, nebst freier Wohnung und Garten;
2) einen Inspector zur Leitung der inneren und äusseren Verwaltung mit 500 Thlrn. neben freier Wohnung nebst Garten, Beleuchtung und Feuerung anzustellen;
3) einen Hausverwalter zur Führung der Oekonomie und Assistenz und Vertretung des Inspectors mit 300 Thlrn. und gleichen Emolumenten;
4) einen Hülfsarzt resp. Chirurgus als Assistenten des Arztes mit 250 Thlrn. und gleichen Emolumenten und Beköstigung oder 60 Thlr. baar;
5) einen katholischen und einen evangelischen Geistlichen jedem 50 Thlr. jährlich für geistlichen Zuspruch, Einwirkung undAdministrirung der Sacramente nach dem individuellen Bedürfniss der Irren;
6) ein Oberaufseher für die Pflegeanstalt mit 180 Thlrn. und freier Station;
7) ein Oberwärter und eine Oberwärterin in der Heilanstalt mit 100 Thlrn. und freier Station;
8) 5 Wärter und 3 Wärterinnen (1 auf 10 Kranke) in der Heilanstalt und 7 desgleichen in der Pflegeanstalt zu 36—48 Thlrn. neben Beköstigung;
9) eine Köchin zu 60 Thlrn., 2 Küchenmägde zu 25 Thlrn.;
10) ein Hausknecht zu 30 Thlrn;
11) ein Pförtner und Nachtwächter zu 48 Thlrn.

Für die Rechnungsführung ist die für das Landarmenhaus zu Benninghausen bestehende Einrichtung zweckmässig erachtet worden, wonach dem Inspector ein ausreichender eiserner Bestand für den monatlichen Bedarf gegeben, darüber von ihm monatlich Rechnung gelegt und solcher aus der Haupt-Kasse zu Münster ergänzt werde, welche von dem mit 120 Thlrn. zu salarirenden Rendanten geführt wird.

Der pp. *Althof* wurde demnächst beauftragt, die erforderlichen baulichen Veränderungen in dem jetzigen Hospitale zu veranschlagen und dasselbe in die künftige Pflegeanstalt für 110 Kranke umzuändern.

Allererst, wenn der Etat vorliege, würde sich der jährliche für die Unterhaltung von der Provinz aufzubringende Bedarf, sowie wenn die Anschläge über die Baukosten und die Inventarien zur inneren Einrichtung vorhanden sein würden, der Gesammtbedarf für die ersten Anlagekosten vollständig übersehen lassen. Wenn jedoch nach einem ungefähren Ueberschlage:

a) die erste Anlage einen Bedarf von etwa . . 45,000 Thlrn.
b) die jährliche Unterhaltung einen Bedarf von 16,000 „
ergeben dürfte, so ist schon vorläufig näher erwogen worden, in welcher Weise die ersteren zu beschaffen, die letzteren zu vertheilen und aufzubringen sein dürften, und das Ergebniss dieser Berathung war:

ad a. die Kosten der ersten Anlage nicht durch einen Ausschlag auf die Provinz auszubringen, welches für mehrere Jahre sehr lästig fallen würde, sondern den Bedarf durch eine Anleihe unter Garantie der Provinzialstände, entweder aus der Provinzial-Hülfs-Kasse oder anderweit, neben theilweiser Verwendung der urkundlichen Kapitalien des jetzigen Hospitals, dessen Unterhaltung jedoch, bis die neuen Anstalten eröffnet werden, gesichert bleiben müsse, zu beschaffen, und allmählig aus den um soviel zu erhöhenden Erhaltungsbeiträgen (b) und Ersparnissen zu tilgen; dabei liesse sich erwarten, dass die Provinzial-Stände, bis letzteres erreicht, aus ihrem Dispositionsquantum dieser wohlthätigen Landesanstalt einen Theil zuwenden und dadurch eine schleunige Tilgung möglich machen werden;

ad b. den Bedarf der jährlichen Unterhaltung, einschliesslich der Verzinsung und Tilgung des Anlagekapitals durch einen ähnlichen Ausschlag gleich den Beiträgen für das Landarmenhaus (5 Thlr. 10 Sgr. jährlich für 1,000 Seelen) aufzubringen, dabei jedoch der näheren ständischen Berathung zu unterlegen, ob die Vertheilung, wie für Benninghausen, lediglich nach der Mannesstärke der Bevölkerung zu treffen, oder nach vollendetem Kataster, nach dem zusammengesetzten Verhältniss der Bevölkerung und der Grundsteuer angemessener zu treffen sein werde? Wenn jedoch bisher von sämmtlichen fixirten Einnahmen des Arears und Stiftungsfonds im Herzogthum Westfalen ein Beitrag von 5 pCt. zur Unterhaltung des Hospitals in Marsberg geleistet worden, so werde selbstredend solches künftig, nachdem letzteres mit der Provinzial-Irrenanstalt confundirt, aufhören müssen, dasselbe betrage jetzt 464 Thlr. 24 Sgr. 8 Pf. jährlich. Dagegen würde für die neue Anstalt die von vermögenden, eine bessere als die normalmässige Verpflegung wünschenden Kranken zu zahlende Pension eine Einnahme gewähren, und es scheine angemessen, dafür als allgemeinen Grundsatz festzustellen:

1) dass jeder Einwohner der Provinz ohne Unterschied des Standes und Vermögens die unentgeltliche Aufnahme in den Anstalten, sofern ihm die normalmässige Behandlung und

Verpflegung genügt, ohne Zuschuss aus eigenem Vermögen oder aus Armen- und Gemeinde-Kassen fordern kann;

2) dass dagegen, wer eine standesmässige oder verschiedenartige Verpflegung wünscht, die volle Bezahlung des näher zu bestimmenden Pensionsquantums leisten müsse;

3) dass Ausländer nur aufgenommen werden, wenn dazu Raum vorhanden ist, und dann nur gegen eine um 50 pCt. zu erhöhende Pensionszahlung (2.);

4) dass für die Individuen aus dem in der Provinz garnisonirenden Militairstande die gleichen Grundsätze (1. u. 2.) Anwendung finden.

Schliesslich wird bemerkt, dass in Folge der von dem 2ten Landtage ertheilten Befugniss bisher 3,000 Thlr. auf den Provinzialfonds unter Verwaltung der Regierung in Arnsberg angewiesen sind, um die Kaufgelder der zur Erweiterung des Grundbesitzes erforderlichen, das Hospital begrenzenden Grundstücke und mehrere Bauvorbereitungskosten zu decken. —

Der Bericht des 3ten westfälischen Landtags in dieser Angelegenheit lautete:

Ew. Königliche Majestät haben mit Vatermilde unsere bisherigen Bemühungen zur Versorgung der Gemüthskranken in dem Allerhöchst von dem Landtags-Commissar uns mitgetheilten Bescheid vom 6. December 1829 zu beachten geruht, die Einrichtung einer Provinzial-Irrenanstalt durch Erweiterung der bestehenden Anstalt in Marsberg bewilligt und die weitere Behandlung zur Ausführung an die hiefür gewählten städtischen Deputirten angewiesen.

Nach der, diesen Deputirten von uns übergebenen Vollmacht schienen der Ausführung um so weniger Hindernisse entgegen zu treten, als die zu Bau- und Haushaltungseinrichtung benöthigten Grundstücke nur gelegentlich angekauft, die Weg- und Heideservituten daselbst abgelöst und über die Wahl des Bauplanes nach dem Ermessen der Oertlichkeit von der, durch den Ober-Präsidenten *von Vinke* zum Zusammentritt veranlassten ständischen Deputation zur Stelle näher berathen, und darüber Beschluss gefasst werden sollte.

Hier glaubten die Deputirten dem Ziele nahe, den dringenden Wünschen der Provinz durch Ausführung der Baupläne begegnen zu können, als neue Hindernisse ihrem Bemühen entgegen traten.

Ew. Majestät Ministerium der Medicinal-Angelegenheiten hatte sich in wiederholten Erklärungen vom 3. Juli und 11. October v. J. gegen die Erweiterung der Irrenanstalt in Marsberg aus-

gesprochen. Die Allerhöchste Bewilligung für die Erweiterung in Marsberg sollte nur dem Namen nach bestehen, eine Vergrösserung der Anstalt für das Bedürfniss der Provinz nur dahin stattfinden, dass zwei besondere Anstalten, eine zur Pflege für Unheilbare, die andere zur Heilung von heilbaren Irren, unter gänzlich getrennter Direction einer jeden Anstalt, nur gut geheissen werden könne.

Wenn nun die durch Allerhöchste Proposition zur Vorsorge für Gemüthskranke zuerst aufgeforderten Stände seit dem ersten Landtage die Ansicht im Auge behielten, zwei verschiedene Anstalten zur Heilung und Pflege bestimmt, zu stiften, so hatten sie sich doch zugleich in der Art für die Vereinigung beider Anstalten ausgesprochen, dass dieselben unter einer Direction und ökonomischen Verwaltung bleiben möchten.

Diese Trennung der beiden Anstalten beabsichtigt eine Isolirung derselben, so, dass die eine die andere nicht stört, dass in jeder die eigenthümliche Richtung rein und vollständig verfolgt werden kann, und dass eine jede gross genug ist, um dem Bedürfniss zu entsprechen. Für die Vereinigung derselben aber unter einer Direction, wie dieselbe bisher in Marsberg bestanden hatte, sprechen folgende überwiegende Gründe, welche im Laufe der Zeit sich weiter befestigt hatten.

Die Erkennung des Zustandes eines Gemüthskranken, und darnach die Bestimmung, ob er zu den Heil- und Unheilbaren gehöre, unterliegt wohl den grössten Schwierigkeiten, — nur einer stets fortschreitenden Beobachtung wird der wandelbare Zustand des Kranken diejenigen Kennzeichen darbieten, welche Hoffnung zur Genesung gestatten, oder dieselbe scheitern machen. Ein und derselbe Arzt, welcher die Leidenden in jeder Anstalt mit scharfen Augen verfolgt, wird nur im Stande sein, die Momente der Veränderung aufzufassen und darnach die Ueberweisung in die eine oder andere Anstalt zu veranlassen.

Ein alleiniges Hingeben für die Behandlung der einen oder anderen Anstalt, die alleinige Auffassung der vorwaltenden Erscheinungen, wird hier um so weniger zu fürchten sein, als die wechselnden Erscheinungen die Möglichkeit der Heilung, wofür oft erst nach einer Reihe von Jahren die ersten Spuren sich zeigen, immer anregen, und nun auch eine schnelle Veränderung, eine Uebersetzung in die andere Anstalt möglich machen. Wie wird bei einer Trennung beider Anstalten unter zwei verschiedenen Directionen die Benutzung der ersten Andeutungen zur Besserung zum Ziele führen, wo eine Uebersetzung, eine andere Be-

handlung oft ganz die entgegengesetzte Richtung der Krankheit herbeiführen könne! Und welchen Erfolg würden eine verschiedene Ansicht der Directionen und die hieraus so leicht hervorgehenden Reibungen herbeiführen!

Diese Betrachtungen finden in den Erfahrungen aus den bestehenden Irrenanstalten ihre Stütze. Die Anstalt zu Marsberg hat seit 20 Jahren unter einer Direction selbst bei der Unterbringung aller Irren in einem Hause ihr Gedeihen gefunden. Gegen die in Siegburg bestehende Vereinigung hat sich noch keine Stimme erhoben. Es finden sich auch überall die Gemüthskranken jeder Art unter einer Direction. Selbst da, wo die durch ein paar Meilen Entfernung abgesonderte Behandlung durch zwei verschiedene Aerzte der Anlage zum Grunde gelegt ist, kann die Sonderung der Irren nicht durchgehalten werden, so dass Heil- und Unheilbare in jeder Anstalt zu finden sind, mithin jeder Arzt der Behandlung der einen wie der anderen Kranken mit gleichem Eifer sich widmen, jedoch der Hülfe der leichten Versetzung von einer Anstalt in die andere entbehren muss.

Wenn wir aus diesen Gründen nun die Ueberzeugung haben gewinnen können, welche der Allerhöchsten Bewilligung, die Anstalt in Marsberg zu erweitern, diejenige Deutung unterstellt: dass die Heil- und Pflege-Anstalten völlig getrennt, jedoch unter einer Direction verbleiben möchten, so müssen wir zugleich die Allerhöchste Aufmerksamkeit auf den vorkommenden Kostenpunkt zu wenden bitten.

Hier tritt die Vereinigung beider Anstalten als vorzüglich empfehlend hervor. Die Trennung beider Anstalten unter verschiedenen Directionen, wie selbe von dem hohen Ministerium verlangt wird, erfordert die Anstellung eines beinahe zweifachen Personals der Direction und Verwaltung und würde nebenbei die Verpflegung bei der in jeder Anstalt zu treffenden Minderzahl gegen eine gemeinschaftliche in beiden Anstalten vertheuern, so dass hierdurch eine jährliche grössere Ausgabe von mindestens 2,000 Thlrn. veranlasst wird, welches eine bleibende Belastung für die Provinz bereiten würde, eine Belastung, die wir gegen unsere, auf Aussagen bewährter Sachkundigen, auf die bisherige Erfahrung bestehender Anstalten gestützten Ueberzeugung zur Erreichung einer ideellen Vollkommenheit in der Ausbildung dieser Anstalt als Vertreter der Provinz zu rechtfertigen uns nicht berufen fühlen.

Das seit mehreren Jahren lebhaft gefühlte Bedürfniss zur Versorgung vieler Hülfsbedürftigen fordert uns dringend auf, die

dafür getroffenen Vorbereitungen neu ins Leben zu rufen und auf eine Art zu verwirklichen, dass hieraus den Leidenden Hülfe, den Versorgenden die möglichst geringste Belastung erwachse.

Wegen der der Provinz jedenfalls erwachsenden Belastung, wagen wir Ew. Majestät besondere Theilnahme, wie Sie dieselbe in der Allerhöchsten Cabinets-Ordre vom 15. Mai 1829 für die Unterstützung der in der Provinz zu errichtenden Irrenanstalten ausgesprochen, auch jüngst den Preussischen Ständen wiederholt zugesagt haben, in Anspruch zu nehmen.

Die Kosten zum Neubau und zur ersten Einrichtung, die zwar bei Abgang der genauen Baukosten-Anschläge sich nicht bestimmt angeben lassen, werden doch voraussichtlich ein Kapital von 66,000 Thlrn. erreichen und ohne Hülfe schwer zu erreichen sein.

So wie bisher die Aufnahme der aus der Provinz gebürtigen Militairs gleich jeder anderen stattgefunden hat, so werden wir der Allerhöchsten Beabsichtigung, für zu stiftende Freitische einen Beitrag aus Staatsfonds zu bewilligen, bereitwilligst begegnen. Ein Königliches Geschenk würde die Ermuthigung zur Aufbringung der übrigen Kosten selbst in den Nachwehen der jetzt drückenden Zeit erhalten, uns in den Stand setzen, die Anstalt bald zu verwirklichen, und die Provinz bei der Ausführung und Unterhaltung sehr erleichtern.

Das Bedürfniss der Provinz mit Bezugnahme auf die in jüngeren Jahren gemachte Erfahrung über Vermehrung der Anzahl der Gemüthskranken wird sich auf die Unterbringung von 80 heil- und 110 unheilbaren Irren beschränken lassen. Für die Ersteren würde ein Neubau in gehöriger Entfernung und Lage von dem bestehenden Hospital zu Marsberg zur Aufnahme von 80 Irren und den zu Oekonomie- und Verwaltungs-Wohnungen benöthigten Localien aufzuführen und einzurichten sein.

Das bestehende Hospital würde mit Ausbau der nun entbehrlich werdenden Oekonomie-Gelasse zur Aufnahme von 110 bis 120 Irren eingerichtet werden können.

Für die erstere Anstalt, zur Heilung bestimmt, muss ein vollständiges Inventar neu angeschafft, und in der Aufbewahrungsanstalt ein Zuschuss zu dem bestehenden gestellt werden.

Der hierfür benöthigte Aufwand wird ausserdem, was die Königliche Gnade hiefür anweisen möchte, durch eine Anleihe unter Garantie der Provinz beschafft, und der jährliche Unterhalt in der Provinz gleichmässig aufgebracht werden. Ein Aufbringen durch eine Quote der in der Provinz befindlichen Revenüen der Armenfonds ist hiefür bei der grossen Verschiedenheit des Antheils

an diesen Fonds nicht zulässig, und wir glauben daher nur eine Vertheilung des Beitrags nach der Kopfzahl in der Natur des Sache gerechtfertigt zu sehen.

Hinsichtlich der Bestimmung über die Aufnahme der Gemüthskranken werden die gesetzlichen Vorschriften wie bisher den Behörden die Norm geben, jedoch glauben wir eine Nachweise über die individuelle Aufnahme an die Kreisstände wegen der zu leistenden Beiträge hiebei in Antrag bringen zu müssen.

Die Frage über die für die Irren zu leistende Vergütung hätten wir zwar im Gefühl der diesen Seelen-Leidenden gebührenden Rücksicht mit einer unentgeltlichen Aufnahme abgemacht, allein die häufigen Erfahrungen, wie leicht diese Gaben des Mitleids missbraucht werden, haben eine Vergütung als nothwendig vorzuschlagen uns veranlasst. Indessen wird durch einen Beitrag von 25 Thlrn. für jeden Unvermögenden, wenn der Orts- oder Armen-Verstand dieses nachweiset, zugleich den Beitrag liefert, und im Falle eine Commune hierdurch überbürdet erscheinen möchte, durch den Kreis ersetzt wird, jedem Bedenken begegnet werden können.

Für einen Vermögenden wird ein Beitrag von 50 Thlrn. um so billiger erscheinen, als bisher 70 Thlr. dafür bezahlt wurden.

Zur Ausführung der auf diesen Grundlagen anzulegenden Irrenanstalt haben wir die schon Allerhöchst bestätigten Deputirten, denen wir noch den Freiherrn *von Droste-Padberg* als betreffenden Landrath von Marsberg zur Allerhöchsten Bestätigung zugetheilt haben, mit gehöriger Vollmacht versehen, und glauben so in Allem der Intention Ew. Majestät zur Versorgung der Gemüthskranken zu entsprechen.

Wenn wir hierdurch gegen die Ansicht Ew. Majestät Ministeriums die Errichtung dieser Anstalt unter einer Direction zur Ausführung nur bevorworten zu können glauben, so haben wir, gestützt auf die Allerhöchste Sanction vom 6. December 1829, worin die Erweiterung von Marsberg lediglich bewilligt wurde, nur unsere nach wiederholt eingezogenen Gutachten begründete Ueberzeugung ausgesprochen, und die uns gleich heilig obliegende Pflicht für Versorgung der Gemüthskranken mit der für Ersparung der Provinzial-Lasten in Einklang bringen können. Sollte die Trennung beider Anstalten unter zwei verschiedenen Directionen dereinst als unerlässlich anerkannt werden, so würde durch die beabsichtigte Einrichtung in Marsberg dieses leicht zu erzielen, und dabei der wesentliche Vortheil bei Erhaltung einer einzigen Oekonomie zu gewinnen sein.

Ew. Majestät hohen Weisheit legen wir die Entscheidung anheim, zutrauensvoll uns der Hoffnung hingebend, dass in huldvoller Berücksichtigung aller Verhältnisse unsere seit 4 Jahren wiederholt und übereinstimmend ausgesprochenen Wünsche, welche dem dringendsten Bedürfnisse der Provinz begegnen, zur baldigen Erfüllung gehen und es daher Ew. Majestät gefallen möge, zu genehmigen:

1) dass die unter einer Direction und Administration, in zwei gesonderten Gebäuden, combinirte Anstalt in Marsberg für 80 heilbare und 110 zur Aufbewahrung bestimmte Irren errichtet werde;

2) dass das bestehende Hospital und dessen Vermögen mit der neu zu errichtenden Anstalt verbunden werde;

3) dass zu dem Bau und Einrichtung eine Kapital-Anleihe unter Garantie der Provinz sanctionirt werde;

4) dass die jährlichen Beiträge der Regierungs-Bezirke, und darin die der Kreise, nach der Kopfzahl, in den Kreisen selbst nach Bestimmung der Kreisstände, aufgebracht werden;

5) dass für die Aufnahme von Unvermögenden eine von der Commune oder dem Kreise zu leistende Vergütung von 25 Thlrn., für einen Vermögenden von 50 Thlrn. zugestanden, diejenigen, welche bessere, als normalmässige Pflege verlangen, aber zu einem Abfinden mit der Verwaltung angewiesen werden;

6) dass nach diesen Beiträgen die früher von den Revenüen der Armenfonds im Herzogthum Westfalen erhobenen 5 pCt., sowie die nun erhobenen Pensionen für einzelne Hospitaliten fortfallen mögen;

7) dass endlich die ernannten ständischen Deputirten unter der Leitung des Ober-Präsidenten zur Mitwirkung bei der Einrichtung und Controle der künftigen Verwaltung autorisirt werden;

8) dass zu der Beschaffung des ganzen Unternehmens ein Zuschuss aus Staatsfonds angewiesen werde.

Wir ersterben in tiefster Ehrfurcht Ew. Königl. Majestät
allerunterthänigst treugehorsamste, zum 3. westfälischen
Provinzial-Landtage versammelten Stände etc.

Münster, den 18. Januar 1831.

Gutachten.

Die nahe Aussicht zur endlichen Verwirklichung des dringendsten Bedürfnisses einer Provinzial-Irren- (Heil- und Pflege-) Anstalt, welche der vorstehende Antrag erwähnt, muss um so erfreulicher sein, als deren Mangel jetzt die höchste Verlegenheit häufig veranlasst, da das vorhandene eigentlich nur dem Herzogthum Westfalen gehörende, diesem Zwecke gewidmete Hospital in

Marsberg nicht ausreicht und Irre anderer Landestheile nur ausnahmsweise aufnimmt.

Daher ist auch sehr zu wünschen, dass die Stände, welche gleich bei der ersten Proposition 1826 sich für Vereinigung beider Anstalten in besonderen und getrennten Gebäuden unter einer Oekonomie und Direction ausgesprochen und diese Ansicht beharrlich festgehalten haben, hierin der Wille geschehe, zumal die Allerhöchste Cabinets-Ordre vom 6. December 1829 unzweideutig bereits es genehmigt hat: dass die Irren-Anstalt zu Marsberg erweitert und vollständig eingerichtet werde. Ohnedem würde eine neue Verzögerung von zwei Jahren bis zum nächsten Landtage den nun schon 4jährigen Aufenthalt, zum entschiedenen Nachtheil der Sache, abermals verlängern — selbst wenn dem vierten Landtage, in welchem zur Hälfte neue Mitglieder eintreten, eine gleich günstige Stimmung kaum zu verbürgen steht, zumal in dem guten Glauben an die Allerhöchste Versicherung bereits 3,000 Thlr. für Ankauf von Grundstücken, Bauplänen in Marsberg verwendet worden sind, welche dann grösstentheils verloren zu erachten und deren Deckung Verlegenheit veranlassen würde.

Deshalb muss ich dringend den Antrag unterstützen, die Allerhöchste Entscheidung aufrecht zu halten, welches daneben in den jährlichen Unterhaltungskosten eine von den Ständen zu 2,000 Thlrn. viel zu geringe vorgeschlagene Ersparniss bewirken wird, nicht unbedeutend für eine Provinz, in welcher noch mehrere andere ähnliche Bedürfnisse, namentlich eine Blindenanstalt, eine Pflegeanstalt für Verkrüppelte, unheilbare ekelerregende Kranke, ein orthopädisches Institut zu befriedigen übrig bleiben.

In dieser Voraussetzung bemerke ich zu den speciellen Anträgen:

ad 1. wie die Einrichtung der Heilanstalt auf 80, der Pflegeanstalt auf 110 den Bedarf, nach der bereits grösstentheils vollendeten speciellen persönlichen Revision aller Irren in der Provinz durch den Hospitals-Director Dr. *Ruer*, völlig erfüllen wird, Siegburg hat für die Rheinprovinz bei ⅓ stärkerer Seelenzahl nur Raum für 180;

ad 2. dass der Uebergang des vorhandenen Hospitals in Marsberg mit seinen eigenthümlichen Fonds an die neue Provinzial-Irrenanstalt durchaus keinem Bedenken unterliegen kann, so wenig als

ad 3. die Genehmigung zur Anschaffung des Baukapitals unter Garantie der Provinzialstände, welche des Endes dem erwählten Deputirten bereits die urschriftlich angebogene Vollmacht ertheilt

haben, weil die extraordinaire Aufbringung des Bedarfs von 50 bis 60,000 Thlrn. in wenigen Jahren der Provinz zu lästig, einem grossen Theil derselben unmöglich fallen würde, wogegen die Aufbringung der Zinsen und Tilgungsfonds eine Vertheilung auf viele Jahre zulässt;

ad 4. dass zur Aufbringung der jährlichen Beiträge die Seelenzahl den angemessensten Maassstab allerdings giebt, wie namentlich auch die in Schlesien sehr complicirte Berechnung nach der zusammengesetzten Mannsstärke, der Seelenzahl, Flächeninhalt, Klassensteuer eine gegen erstere nur ganz unbedeutende Differenz (Breslauer Amtsblatt 1829. S. 424) ergiebt; dagegen dürfte bedenklich erscheinen, in den Kreisen einen anderen Maassstab zuzulassen und von Bestimmung der verhandelnden Kreisstände abhängig zu machen, deren doch immer nöthige höhere Genehmigung und bei möglichen Bedenken wiederholte Einberufung der Kreisstände, vielfache Weitläufigkeit nach sich ziehen würde; ich schlage deshalb vor, zu bestimmen,

> dass die Beiträge in derselben Weise, welche die Verordnung vom 15. October 1820 §§. 28. 29. für das Landarmenhaus in Benninghausen festsetzt, aufgebracht werden sollen;

diese hat die Erfahrung als zweckmässig bewährt, wonach die Beiträge nach der Seelenzahl auf die Regierungsbezirke und in diesen auf die Gemeinden vertheilt werden, in diesen aus der Armenkasse, bei deren Justificirung aus der Gemeindekasse erfolgen;

ad 5. dass zur Vorbeugung von Missbrauch und Ueberfüllung allerdings zweckmässig erscheint, ein Praecipuum an Kostgeld mit 25 Thlrn. für unbemittelte, von 50 Thlrn. für bemittelte Irre festzusetzen, für solche, welche eine mehr als gewöhnliche normalmässige Behandlung wünschen, die nähere Bestimmung vorzubehalten;

ad 6. dass selbstredend mit Eröffnung der Provinzial-Irrenanstalt und Confusion des jetzigen Hospitals mit derselben, die zur Unterhaltung des letzteren bis dahin erhobenen Abgaben von 5 pCt. der Brutto-Einnahmen aller Armenfonds im Herzogthum Westfalen aufhören müssen, auch die darin alsdann vorhandenen Irren in die neuen Anstalten mit gleichen Rechten übergehen;

ad 7. dass die erbetene Theilnahme der ständischen Deputirten an der Einrichtung künftig an der Controle der Verwaltung des Instituts keinem Bedenken unterliegt;

ad 8. dass, wenn hiernach das Institut einzig aus Mitteln der Provinz begründet wird, ein Zuschuss von der königlichen Gnade

um so mehr zu hoffen sein dürfte, als a) dieselbe nicht einmal zur Ueberweisung von Domanial-Gebäuden angesprochen wird, welche in allen anderen Provinzen dazu überwiesen, und wenn die Gebäude der Land-Commende Mülheim nebst einiger Umgebung wie früher der Plan, dazu verwilligt wären, dieses dem nun eingeleiteten Verkaufe dieser Domaine bedeutend nachtheilig geworden sein und den erwarteten Ertrag sehr vermindert haben würde; b) des Königs Majestät auf meine Bitte bereits im Jahre 1804 durch die Allerhöchste Cabinets-Ordre vom 13. Februar 1804 Gebäude und Fonds zu einer durch die bald darauf eingetretenen unglücklichen Ereignisse vereitelten Irrenanstalt für Westfalen verheissen hatten; c) auch nach der Cabinets-Ordre vom 15. Mai 1829 diejenige Provinz, welche sich zur Aufnahme von Militair-Kranken in die Irrenanstalt verpflichtet (wie vorstehend auch ausgesprochen), einen verhältnissmässigen Zuschuss hoffen dürfe.

Wenn nun nach vorläufigem Ueberschlage die Unterhaltung eines Irren in der neuen Anstalt sich etwa auf 40 Thlr. stellen wird, so würden durch einen Zuschuss von 6,000 Thlrn. à 4 pCt. jährlich 240 Thlr., 6 Stellen für Militairkranke (davon 2 in der Heil-, 4 in der Pflegeanstalt) fundirt und dadurch dem Bedarf des 7ten Armeecorps auch wohl entsprochen werden; ich stelle jedoch anheim, bei Bewilligung von 6,000 Thlrn., deren Zahlung erst 1832 nothwendig sein wird —, die fernere Theilnahme aller Irren des in Westfalen gebürtigen oder daselbst garnisonirenden Militairs zur normalmässigen Behandlung in der Heil- und Pflege-Anstalt zu bedingen.

Die baldigste Allerhöchste Entscheidung ist zu wünschen, da alle Einleitungen zum Bau getroffen sind, worüber ich die Anschläge etc. Sr. Excellenz dem Herrn Minister Freiherrn von *Altenstein* mit besonderem Bericht vorlege, damit das grosse Bedürfniss dieser Anstalt endlich gesichert werde.

21. 2. 31. *v. Vinke.*

Ein Conclusum des Staats-Ministeriums vom 2. August 1831, welches die vorstehenden Anträge unterstützte, wurde durch Cabinets-Ordre vom 17. December desselben Jahres genehmigt und damit dann endlich die Angelegenheit definitiv zum Abschluss gebracht.

Das Gutachten des Königlichen Curatoriums für Krankenhaus-Angelegenheiten in dieser Sache lautete:

Gutachten über den Bauplan für die in Marsberg zu errichtende Irrenheilanstalt.

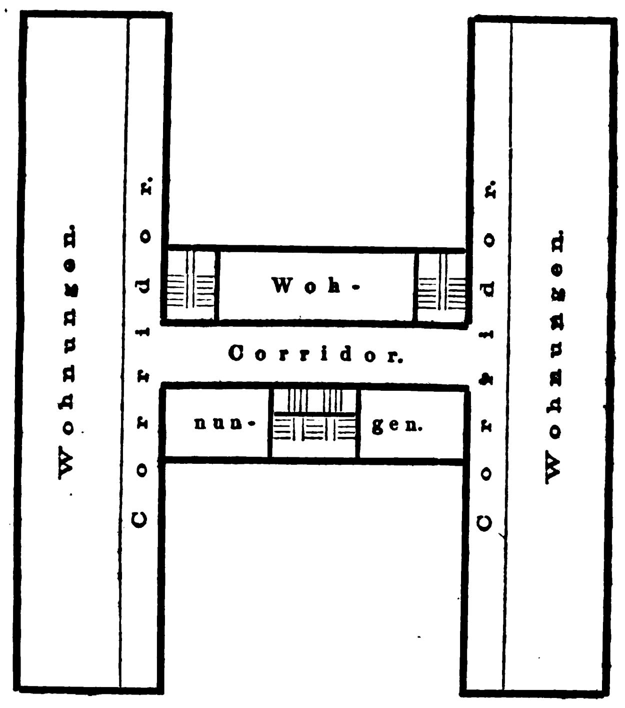
Wenn es die leitende Grundidee bei dem Entwurfe zu einer Irrenheilanstalt sein muss, dieselbe für eine Menge von Abtheilungen, welche durch die mannigfaltigen Heilbedingungen erfordert werden, einzurichten, so wird durch die in dem vorliegenden Bauplan für die in Marsberg auf 80 Kranke (50 Männer und 30 Frauen) zu errichtende Irrenheilanstalt gewählte Form eines H dem vornehmsten Bedürfniss angemessen und vollständig genügt. Die nothwendige Trennung der Geschlechter, durch deren Unterbringung in den von einander getrennten östlichen und westlichen Flügeln, die angemessene Beaufsichtigung der Kranken durch die Aufnahme der Oekonomie und der Officianten-Wohnungen in die Mittellinie, die berücksichtigte Absonderung der Tobsüchtigen und unreinlichen Kranken von den übrigen, die zweckmässige Vertheilung der Wohn-, Schlaf- und Arbeitszimmer, die hinreichende Berücksichtigung des Bedürfnisses gebildeter Kranken, denen ausser abgesonderten Gemächern, noch ein Conversationssaal nebst daran grenzender Bibliothek gewidmet ist, alles dies liess sich mit gehöriger Benutzung der durch die erwähnte Form gegebenen räumlichen Verhältnisse am leichtesten erreichen und ist auch mit unverkennbarer Sorgfalt geschehen. Es treten jedoch durch die in der Mitte der Seitenlinien des Gebäudes angebrachten Corridore nicht zu verkennende Uebelstände hervor, welche für jedes Krankenhaus, besonders aber für eine Irrenheilanstalt sehr wesentlich sind*), nämlich dass a) die in der Mitte belegenen und von beiden Seiten von Zimmern eingeschlossenen Corridors nicht hinlänglich erleuchtet sind, und da wo das Mittelgebäude mit den Seitengebäuden zusammenstösst, fast ganz des Lichts entbehren; b) dadurch die freie Communication der Luft und die nothwendige Reinigung derselben in dem ganzen Hause erschwert wird; c) in den Ecken, wo die 3 Gebäude zusammenstossen, finstere, nicht angemessen zu benutzende Räume entstehen; d) die Tiefe der Zimmer in den Seitengebäuden, welche in der Zeichnung auf 12 Fuss angegeben sind, für Krankenzimmer zu geringe ausfällt; e) die in der Mitte der Seitengebäude gelegenen Haupttreppen von 3 dichten Wänden eingeschlossen und nicht gehörig erhellt sind.

Diese genannten, lediglich durch die Lage der Corriders herbeigeführten Uebelstände sind für eine Kranken- und Irrenheil-

*) In dem ursprünglichen Plane waren nämlich die Corridore in der Mitte zwischen zwei Reihen Zimmer projectirt.

Anstalt so wesentlich, dass es angemessen erscheinen muss, in dieser Beziehung dem Bauplane eine solche Umänderung zu geben, dass diese Mängel beseitigt werden.

Letzteres lässt sich vollständig dadurch erreichen, dass in den Seitengebäuden, sowohl in den Souterrains als in den Stockwerken, die sämmtlichen wohnlichen Räume nur nach der äusseren Front,



die Corridors aber nach dem Hofe zu angebracht werden, wie es in der obenstehenden Zeichnung angedeutet ist. Die Zimmer erhalten hierbei eine Tiefe von 20 Fuss.

Aus der Berechnung, welche der hierbei befragte Bauverständige des Curatoriums angelegt hat, ergiebt sich zwar, dass durch diese Umänderung in baulicher Hinsicht kein Raum verloren geht: denn in der ersten Etage enthält ein Flügel ausser dem Corridor und den Treppenräumen $(2 \times 77) + 70 + 70 = 264$ laufende Fuss Zimmer, mit der Tiefe derselben, 12 Fuss, multiplicirt giebt $= 3{,}168$ Quadratfuss bewohnbaren Raum incl. dunklen Gemächern.

Nach der vorgeschlagenen Einrichtung würden 168 laufende

Fuss mit der Tiefe der Zimmer, 20 Fuss, multiplicirt geben = 3,360 Quadratfuss hellen luftigen bewohnbaren Raum, daher mehr = 192 Quadratfuss bewohnbaren Raum in jeder Etage eines Flügels.

Die Baukosten würden nach der gedachten Berechnung ebenfalls verringert werden: denn der vorliegende Bauplan ergiebt für einen Flügel 40 × 172 = 6,880 Quadratfuss, dahingegen in der Umänderung 34 × 172 = 5,848 Quadratfuss zu bebauenden Raum mithin weniger 1,032 Quadratfuss an jedem Flügel.

Ein Gewinn an Raum tritt jedoch bei der Benutzung und Eintheilung desselben zu den verschiedenen Zwecken nicht in dem Maasse ein, als es nach dieser Berechnung den Anschein hat: denn wenn z. B. die Schlaf- und Wohnsäle, deren jeder jetzt mit 3 Fenster Front angesetzt ist, durch die vorgeschlagene bauliche Umänderung an Tiefe auch so viel gewinnen, dass ein 2 fensteriges Zimmer für jeden der gedachten Zwecke hinreicht; so fehlt doch zu diesen beiden Zimmern noch ein Fenster, und wenn dies auch durch das Fenster, welches durch den fortlaufenden Zusammenhang der Seitengebäude, durch die unnöthig scheinende dunkle Kammer oder durch einen anderen noch zu ermittelnden Raum ersetzt werden könnte, so gebricht es doch an dem Raum für die auf der Hofseite wegfallenden Zimmer für Honoratioren etc. Es wird daher bei der Umänderung des Bauplans durch Verlegung des Corridors nach einer Seite erforderlich, jedem Flügel in der Verlängerung wenigstens noch die vorstehend weniger berechneten 1,032 Quadratfuss anzusetzen. Sollte auch hierdurch ein etwas vermehrter Kostenaufwand entstehen, so kann dieser doch nur ein geringer sein und nicht in Betracht kommen, im Vergleich zu dem bleibenden grossen Uebelstande, welchen die Lage des Corridors in der Mitte der Seitengebäude in mehreren Beziehungen herbeiführt.

Ausser diesen Bemerkungen, welche eine theilweise Umänderung des Bauplans bezwecken, hat das Curatorium noch folgende Ausstellungen gegen den eingereichten Entwurf zu machen:

1) Mit der Absicht, für die Tobsüchtigen einzelne Zellen anzulegen, kann man sich nicht einverstanden erklären, da letztere die nöthige Beaufsichtigung und Pflege, deren die Tobsüchtigen im höchsten Grade bedürfen, nicht gestatten. Es muss freilich dem Ermessen des Arztes anheim gestellt bleiben, inwiefern er in besonderen Fällen der einen oder der anderen abgesonderten Zelle sich bedienen will, um einen besonders widerspenstigen Kranken durch Entfernung aus aller menschlichen Gesellschaft auf

einige Zeit am nachdrücklichsten zu bändigen; aber als allgemeine Regel kann und darf es nicht gelten, jeden Tobsüchtigen völlig zu isoliren. Denn da die Ausbrüche der Wuth oft lange Zeit hintereinander fortdauern, und nicht selten mit schweren körperlichen Leiden vergesellschaftet sind, so ergiebt sich hieraus ein Zustand, der die ununterbrochene Gegenwart und Aufsicht des Wärters dringend nothwendig macht.

Sehr oft sind die Fälle von Selbstmord in einsamen Zellen vorgekommen, in denen der Kranke durchaus nicht dergestalt gefesselt werden kann, dass er dadurch völlig gehindert würde, Hand an sich zu legen. Dergleichen traurigen Ereignissen darf aber durch die bauliche Einrichtung nicht Vorschub geleistet werden. Es dürfte für die Marsberger Irren-Heilanstalt hinreichend sein, 2 Zellen für einzelne männliche und 1 Zelle für weibliche Tobsüchtige, den übrigen zu Zellen bestimmten Raum aber zu angemessenen Zimmern einzurichten. Die Wärter müssen jedoch nicht entfernt von den Kranken, sondern in Kammern, die neben den Krankenzimmern belegen sind, und von welchen aus sie die Kranken bei Tage und Nacht beaufsichtigen können, placirt werden.

2) Der Sandsteinfussboden, welcher in den Zellen der Tobsüchtigen im Souterrain angebracht werden soll, unterhält zu sehr die Feuchtigkeit, die ohnehin in den Souterrains schwer abzuhalten ist, und den darin wohnenden Kranken etc. nicht anders als nachtheilig sein kann. Die Zellen und ebenso die diesseitig vorgeschlagenen Stuben für Tobsüchtige müssen nicht durch Ausspülen, wie es in der Erläuterung des Entwurfes gesagt ist, sondern in eben der Art wie die übrigen Zimmer gereinigt werden.

3) Die Leichen- und Sections-Stuben, welche nach den Erläuterungen in die 2te Etage gebracht werden sollen, gehören in die Souterrains. Es bedarf hierzu nur einer Stube.

4) Das Aufnahme-, Registratur- und Büreau-Zimmer gehören nicht in die 2te, sondern in die 1ste Etage. Diese hierzu bestimmten Räume müssen in jeder Krankenanstalt, aus einleuchtenden Gründen, dem Eingange nahe sein.

Der Hülfsarzt, die Instrumente und Arzneien können nöthigen Falls in die 2te Etage untergebracht werden.

5) Der Musik- und Conversationssaal, desgleichen der Maschinensaal erscheinen nach dem Bauplan finster, unfreundlich und zu gross. Wenn die Corridors auf einer Seite, wie es zu wünschen ist, angebracht werden, so fallen diese Uebelstände sämmtlich weg und der Musik- und Conversationssaal bleibt doch gross

genug, um darin die Bibliothek in einigen Schränken aufbewahren zu können.

6) Die dunkelen Kammern dürften sämmtlich wegfallen und die Räume anderweitig benutzt werden können, denn sie können keine andere Bestimmung haben, als unruhige Kranke durch Entziehung des Lichts zu bändigen; dergleichen Kranke gehören aber in die Kategorie der Tobsüchtigen, für welche einige Zellen, die dunkel gemacht werden können, beizubehalten sind.

7) Die Wohnungen des Inspectors und des Hausvaters erscheinen fast zu gross.

8) Nur die im Souterrain in den Zellen der Tobsüchtigen angebrachten Fenster gewähren eine Sicherheit gegen das Entweichen der Kranken; in den Stockwerken entbehren sie aber jeder Einrichtung zu diesem Zwecke. Es bleibt immer eine traurige Nothwendigkeit, die Fenster aller Irrenwohnungen durch eiserne Traillen zu verwahren, weil der Irrenarzt nie genug gegen die Anschläge der Selbstmörder auf seiner Hut sein kann, und alle Argumente der Schriftsteller, welche jedes gefängnissartige Ansehen verbannen möchten, müssen dem obersten Bedürfniss der unbedingten Sicherheit weichen, um so mehr, als in einem mehrstöckigen Gebäude die Gefahr grösser ist.

Berlin, den 10. November 1831.

Königliches Curatorium für die Krankenhaus-Angelegenheiten.

Rust.

Der nach den Angaben des Krankenhaus-Curatorii abgeänderte Plan, dass der Kostenanschlag sich statt früher auf 42,000 Thlr. jetzt auf 53,723 Thlr. belief, wurde genehmigt und der feierliche Act der Grundsteinlegung auf den 12. September 1832 anberaumt; *Vinke* konnte, weil die Einladung vom 8ten zu spät in seine Hände kam, nicht beiwohnen.

Nach ritualmässiger Legung des Grundsteins wurde der erste Vers des folgenden Liedes gesungen, wonach der Pfarrer *Keuper* von Niedermarsberg über die Bedeutung der Ceremonie der Grundsteinlegung sprach und die Werkleute in erhebenden Worten an die Wichtigkeit ihrer Arbeit ermahnte, und schliesslich den Segen Gottes auf das begonnene Werk erflehte.

Hierauf hielt Herr Regierungs- und Medicinalrath *Stoll* einen Vortrag über die Geschichte des alten Hospitals und der neu zu errichtenden Irrenanstalt, worauf Director Dr. *Ruer* im Namen der leidenden Menschheit allen Denen dankte, welche zur Förderung und Vervollkommnung der bestehenden und im Bau begriffenen Anstalt thätig gewesen waren, und mit einem Hoch auf Seine

Majestät den König und Seine Excellenz den Ober-Präsidenten *von Vinke* schloss.

Ein frohes gemeinsames Abendessen im *Poelmann*'schen Gasthause schloss die Feier des Tages.

Das Festgedicht lautete:

An den Grundstein zur neuen Irren-Heilanstalt zu Marsberg.

Ich senke dich hinab. Im finstern Grunde
Verbirgt dich bald des Meisters kühne Hand,
Doch zitt're nicht, geholt aus tieferm Grunde,
Stehst du seit Tausenden mit jener schon im Bunde,
Die dir den Strahl des Lichtes bald entwand.

Doch das, was du entbehrest, fordert Liebe,
Den Kranken einst zu ihres Geistes Heil.
Drum freue dich; wer so wie du im Weltgetriebe
Ein Plätzchen fand, geweiht der reinen Bruderliebe,
Dem ward gewiss ein schönes Loos zu Theil.

Nun lebe wohl! beschützt vom starken Gotte
Steig' rasch auf dir das schöne Haus empor; —
Dich störe nie des Feindes freche Rotte.
Lieg' ewig so, — dem wandelnden Geschick zum Spotte
Rag 's Ganze einst aus Trümmern noch hervor.

Dem, der den Bau so wollte, Preussens grossem König,
Und allen Denen, die hier fördernd wirkten,
Den'n töne jetzt aus diesem Kreise Heil!
Wie 's Herz gebeut. 's ist Alles freilich wenig —
Des Herzens Dank, verschmäh' ihn nicht, o König,
Einst wird Euch Allen schön'rer Lohn zu Theil.

Die Eröffnung der Anstalt fand am 1. Juli 1835 statt. Der Landrath von Brilon, Freiherr *von Droste* zu Padberg nahm die Vereidigung des gesammten Personals der Beamten, Officianten und Dienstleute und Ueberführung der heilbaren Kranken aus dem Hospital und der Privatanstalt des Dr. *Ruer* in die neue Heilanstalt vor.

Der Raum der verbundenen Heil- und Pflegeanstalt war berechnet für die Aufnahme von im Ganzen 220 Kranken, 80 für die Heilanstalt und 140 für die Pflegeanstalt, die nach der Seelenzahl der Regierungs-Bezirke vertheilt aufgenommen werden sollten, und zwar:

		Heilanstalt.	Pflegeanstalt.
aus dem Regierungs-Bezirk	Münster	23	40
- - - -	Minden	23	41
- - - -	Arnsberg	28	49
		74	130
	vom Militair	6	10
		80	140
		220.	

Bei der Eröffnung der Heilanstalt befanden sich in der Anstalt 79 Kranke, wovon 10 in die Heilanstalt versetzt und 69 in der Pflegeanstalt zurückbehalten wurden.

Achter Abschnitt.

Verwaltung.

Mit Eröffnung der Heilanstalt wurde die innere Verwaltung der Anstalt anders eingerichtet. Man wählte statt der bisherigen Verpflegung durch den Oekonomen die eigene Bewirthschaftung und Beköstigung. Das Personal wurde vermehrt. Es trat ein Assistenzarzt hinzu, welcher nach einigen Jahren zum zweiten Arzte der Anstalt ernannt wurde; ferner ein Inspector, dem zur Aushülfe und ihm subordinirt ein Hausverwalter dienen sollte. Derselbe wurde jedoch erst bei der Tüchtigkeit der Wittwe des früheren Oekonomen, welche als Schliesserin und Hausverwalterin fungirte, vor der Hand für unentbehrlich erachtet.

Für die Heilanstalt wurde ein Oberaufseher und eine Oberaufseherin ernannt; ebenso für die Pflegeanstalt. Die Beamten wurden vereidet und ausser dem Director auf dreimonatliche Kündigung angenommen.

Für die Heilanstalt waren 5 Wärter und 3 Wärterinnen, also 1 auf 10 bei der Normalzahl von 80 Heilbaren vorgesehen, während man für die Pflegeanstalt mit einer geringeren Zahl von Wartpersonal zu genügen hoffte.

Es wurden Schemas zu Fragebogen und zur Führung der Registratur entworfen. Die Aufnahme-Bedingungen wurden vorläufig von *Vinke* festgesetzt und zwar:

1) Die Aufnahme eines Kranken ist durch die Königliche Regierung unter Einreichung eines vollständig ausgefüllten Fragebogens nachzusuchen.

2) Von der Aufnahme in die Heilanstalt sind von Kindheit an oder aus Altersschwäche Blöd- und Schwachsinnige, auch an

chronischen Uebeln Leidende; zunächst auch die länger als ein Jahr seelengestörten Kranken ausgeschlossen.

Haben die Heilversuche binnen Jahresfrist keinen Erfolg gehabt, so wird der Kranke wieder seinen Angehörigen oder der Pflegeanstalt überwiesen.

3) In die Pflegeanstalt können zunächst nur solche Kranke aufgenommen werden, welche gemeingefährlich, ihren Familien oder Gemeinden besonders beschwerlich sind, zu deren Verwahrung und Pflege eine sichere Gelegenheit an ihrem Wohnsitz nicht zu ermitteln ist; auch darf keine Aufnahme in die Pflegeanstalt stattfinden, ohne vorgängige Blödsinnigkeits-Erklärung und deren Abgabe.

4) Für Heimathlose, der Provinz nicht Angehörige, zufällig in derselben Erkrankende, imgleichen für zahlungsunfähige Ausländer, deren Aufnahme unter gewissen Bedingungen stattfinden kann, wird die Aufnahmegenehmigung durch vorgängige Genehmigung des Ober-Präsidenten bedingt.

5) Die Verpflegungskosten betragen:

a. für ganz vermögenslose Kranke, bei denen die Zahlung aus Armen-, Gemeinde- oder anderen öffentlichen Kassen erfolgt, 25 Thlr.;

b. für zahlungsfähige Kranke 50 Thlr.;

c. für Kranke, bei denen mehr als normalmässige Verpflegung gewünscht wird, 150 Thlr. halbjährlich im Voraus zu zahlen.

ad b. und c. wird die Kleidung, ad c. etwa gewünschte besondere Bedienung nach, mit dem Director der Anstalt zu treffender Abrede besonders vergütet.

6) Die Direction der Anstalt ist dem ersten Arzte, Dr. *Ruer*, unter oberer Leitung des Ober-Präsidenten übertragen.

Schon bei Eröffnung der Heilanstalt sah man sich veranlasst, von dem Grundsatze der strengen Trennung der Heil- und Unheilbaren abzugehen, indem man eine bereits nicht mehr heilbare Frau mit in die Heilanstalt übersiedelte.

Auch der Aufnahmemodus modificirte sich bald dahin, dass die Schriftstücke erst an den Director zur gutachtlichen Aeusserung über die Aufnahme und dann an die Königliche Regierung zur Aufnahme-Anweisung eingereicht wurden.

Das Verfahren hat sich später noch weiter dahin zum Bessern gestaltet, dass der Anstalts-Director selbständig über die Aufnahme entscheidet und die nachträgliche Genehmigung der Regierung eingeholt wird; dass hingegen definitive Aufnahme-Ablehnungen nur durch die Königliche Regierung stattfinden können.

Im November 1837 wurde dann ferner auf den Antrag des stellvertretenden Landraths von Soest, Regierungs-Assessors *von Bockum-Dolffs* aus Anlass eines bestimmten Falles genehmigt, dass in Fällen, in welchen Gefahr im Verzug ist, tobsüchtige und gemeingefährliche Kranke auf das ausdrückliche Attest zweier Aerzte und durch Zuweisung des Landraths ohne vorherige Anfrage und Genehmigung der Anstalts-Direction sofort in die Anstalt aufgenommen werden können und die Genehmigung der Regierung nachträglich eingeholt werden kann.

Indem man die ursprüngliche Idee, für arme Geisteskranke keine Verpflegungsgelder zu erheben, oder sogar, wie *Vinke* ursprünglich vorhatte, sämmtliche mit der Normalverpflegung sich Begnügenden frei zu geben, aus Furcht vor Missbrauch nicht realisirte, vielmehr den Gemeinden auferlegte, einen, wenn auch niedrigen Satz für Arme zu zahlen, entging man dennoch nicht anderweitigem vielfachen Missbrauch in dieser Hinsicht. Es geschah nämlich, dass erstlich manche Zahlungsfähige dennoch als Arme galten, durch die Gemeinde den niederen Satz zahlen liessen und daher die Anstaltskasse beeinträchtigten; ausserdem aber war für die Gemeinden die Nothwendigkeit des Aufbringens einer bestimmten Geldsumme sehr oft ein Hinderniss, einen armen Kranken rechtzeitig der Anstalt zuzuschicken, wobei die Annahme sich völlig illusorisch erwies, dass für 25 Thlr. jährlich die Verpflegung eines Geisteskranken zu Hause nicht möglich sei. Man beliess ihn in seinen Verhältnissen, er wurde unheilbar, ging zu Grunde, oder musste später doch als gefährlich der Anstalt zur dauernden Verpflegung übergeben werden.

Man kann sich der Ueberzeugung nicht erwehren, dass diese Einrichtung einen Hemmschuh darstellte für eine bessere Entwickelung des Irrenwesens der Provinz.

Schon im Jahre 1836 sah man sich genöthigt, den Grundsatz festzustellen:

der Beitragssatz von 50 Thalern gilt als Regel, kann dieser nicht aus eigenem Vermögen erfolgen, so wird von der Armen- oder Gemeindekasse das Fehlende bis zum Maximum von 25 Thlrn. ergänzt, in Folge dessen demnach der aus eigenem Vermögen zu leistende Beitrag, welcher 50 Thlr. nicht erreicht, der Anstaltskasse zu Gute gesetzt, z. B. es kann Jemand 10 Thlr. selbst zahlen, so legt die Armenkasse 25 Thlr. bei.

Diese Missverhältnisse steigerten sich natürlich noch bei der allmählig eintretenden Nothwendigkeit der Erhöhung der Pflegesätze, gaben zu ferneren, noch kürzlich wiederum nothwendig ge-

wordenen Bestimmungen Anlass, so im Jahre 1841 und 1863 die Substanz des Vermögens dürfe nicht angegriffen werden, die Verpflegungssätze müssten aus dem Ertrage des Vermögens bestritten, im Falle von Zahlungsunfähigkeit müsse die Armen-Kasse zu Hülfe kommen. Derartige Bestimmungen werden jedoch insofern illusorisch, als immerhin die zur Zahlung gezwungene Gemeinde nach dem bestehenden Armengesetze sich so lange an das Vermögen des Kranken oder dessen Angehörigen halten kann, als dieselben überhaupt noch etwas besitzen.

Es ergiebt sich hieraus der dritte Uebelstand, dass Kranke, welche längere Zeit in der Anstalt zubringen, dann genesen entlassen werden, zu Hause ihr Vermögen verringert oder absorbirt finden, erneuter Noth und dem Rückfalle leichter preisgegeben sind.

Diese Umstände waren die Veranlassung, im Jahre 1860 einen Zahlungsmodus in Vorschlag zu bringen — wie Aehnliches bereits im Jahre 1847 angeregt war —, welcher diese Uebelstände und die von der anderen Seite gefürchteten Missbräuche der Ueberfüllung bei völlig freier Verpflegung soviel möglich beseitigte — ähnlich dem in anderen Anstalten bereits bestehenden, heilbare in einer gewissen Frist nach der Erkrankung Eingelieferte gänzlich frei zu geben, die Nothwendigkeit der Zahlung aber von dem Gutachten des Directors über die Unheilbarkeit abhängig zu machen. Dieser Vorschlag wurde indess bis jetzt wegen Furcht noch grösseren Andranges bei der Ueberfüllung der Anstalt vertagt und sieht nach Eröffnung der 2ten westfälischen Anstalt seiner Verwirklichung entgegen.

Im Jahre 1838 wurde ein Mitteltisch zu 75 Thlrn. eingerichtet.

Die Verpflegungssätze steigerten sich allmählig bis zu 45 Thlrn. für arme Kranke, 65 Thlrn. für selbstzahlende der 3., 150 Thlrn. für Kranke der 2. und 250 Thlrn. für solche der ersten Klasse. Die Beiträge der Provinz stiegen abermals von 5¼ Thlrn. auf 1,000 Seelen bis zu 10¾ Thlrn. (1846).

Da für jeden Regierungsbezirk eine gewisse Anzahl aufzunehmender Kranken bestimmt war, so wurde angeordnet, dass quartaliter jeder Regierung ein Nachweis von den aus ihrem Bezirk in der Anstalt befindlichen Kranken eingereicht, auch Zu- und Abgang eines jeden Kranken angezeigt würde. Da man indess schon seit längeren Jahren bei der Aufnahme nicht mehr auf eine bestimmte Anzahl hinsichtlich der einzelnen Regierungs-Bezirke

Rücksicht nimmt, so konnten auch die mit viel Schreiberei verbundenen Quartallisten in Wegfall kommen (1864).

Dem Ober-Präsidenten sollte am Schlusse jeden Monats vom Director ein Bericht erstattet werden, über erhebliche Ergebnisse, die Veränderung im Wärter-Personal, auch waren die Listen des Zu- und Abgangs der Kranken mit Beifügung der Aufnahme-Acten zur Einsicht beizulegen.

Die auswärtige Gestaltung des Irrenwesens blieb nicht ohne mehrfache Berücksichtigung in dieser Periode.

Im Jahre 1840 entwarf *Ruer* in Folge einer Ministerial-Verfügung eine populäre Anweisung über die Behandlung Geisteskranker ausserhalb der Anstalt, namentlich bei Absendung in die Anstalt, bei Entlasseng und Beurlaubung der Genesenen, und wurde ein Auszug in den Amtsblättern der Provinz veröffentlicht, in Folge dessen in jeder Bürgermeisterei der Provinz gewisse Zwangsapparate, namentlich eine Jacke, für eventuelle Fälle bereit gehalten wurden.

Im Jahre 1842 schlug *Ruer* ferner die Gründung von Vereinen vor, welche die Verbesserung des oft beklagenswerthen Looses entlassener Geisteskranken zum Zwecke haben sollte, angeregt durch die Anzeige der *Damerow*'schen Schrift über die relative Verbindung der Irren-Heil- und Pflege-Anstalt durch *Hohnbaum*. Leider haben sich dieselben, obwohl auch in späteren Jahren von anderer Seite wieder angeregt, bis jetzt nicht verwirklicht.

Eine ähnliche Tendenz verfolgte eine seit dem Jahre 1859 von Marsberg aus verbreitete populäre Monatsschrift unter dem Titel „Irrenfreund", die sich namentlich die Zerstreuung der Vorurtheile des Publicums von Irrenanstalten und Irren zum Ziele gesetzt hat.

Grosse Genugthuung für die Provinz gewährte die durch den Minister *Ladenberg* an *Vinke* übersandte, 1840 erschienene Schrift *Damerow*'s, wie sich aus folgendem Schreiben ergiebt:

Münster, den 7. August 1840.

An den Herrn Dr. *Ruer* Wohlgeboren in Marsberg.

Ew. etc. übersende ich hierneben Dr. *Damerow*'s Schrift über die relative Verbindung der Irren-Heil- und Pflege-Anstalten für die Bibliothek der Anstalt, mit dem Anlasse, dieselbe als Inventarienstück verzeichnen, und die Inventarisations-Bescheinigung an mich gelangen zu lassen. Die basischen Principien der Schrift, so weit der flüchtige Ueberblick ein Urtheil gestattet, sind als Richtschnur der diesseitigen Irren-Verwaltungssache von je an mehrentheils praktisch geltend gewesen, was auch der Verfasser in einer vergleichenden Kritik des Verwaltungswesens der Irren-

Angelegenheiten im Allgemeinen, zur Genugthuung der diesseitigen Provinz anzuerkennen scheint. Sollten Sie bei gründlicher Durchsicht der Schrift auf gemeinnützliche Vorschläge und Gedanken stossen, so werde ich deren Mittheilung gern entgegennehmen. Es dürfte für die nächste Conferenz von Interesse sein, wenn Sie über die Schrift in derselben einen ausführlichen Vortrag hielten.

Münster, den 31. August 1840.

Der Ober-Präsident. (gez.) *von Vinke.*

IX.

Bauten und Reparaturen.

Es erscheint nicht allzu auffallend, dass bei einer Irrenheilanstalt, welche als die erste in Deutschland neu aufgebaut worden war, sich sehr bald mannigfache Mängel von mehr oder minder grosser Wichtigkeit herausstellten. Denselben wurde zum Theil im Laufe der späteren Jahre abgeholfen, zum Theil bestehen sie indess noch fort.

Als solchen muss man vor Allem das Fehlen einer abgesonderten Abtheilung für Tobende bezeichnen, die man in die Souterrains in sogenannten *Antenrieth*'schen Zimmern unterbrachte.

Diese 2½ Fuss in der Erde liegenden Räume waren im Anfang feucht und ungesund, und es gelang erst nach einer Reihe von Jahren und nach vielen schwierigen und vergeblichen Versuchen, sie einigermaassen trocken und bewohnbar herzustellen. Sie sind indess noch gegenwärtig nicht tadellos, obwohl noch stets wegen Raummangels bewohnt, trotzdem seit längeren Jahren eine gesonderte Tobabtheilung schon besteht; sie werden hoffentlich nach Eröffnung der 2ten westfälischen Irren-Anstalt für immer als Wohnraum für Kranke aufgegeben werden können*).

Die Lage, Grösse und Einrichtung der Küche war eine mangelhafte, ausserdem waren Wohnungen für die Köchin und Küchenmägde, sowie auffallenderweise Abtritte in dem von den Beamten und dem Küchenpersonal bewohnten Mittelflügel nicht vorgesehen. Man trennte die Küche später in die für die 1. und 2. Verpflegungs-Klasse und in die für die 3., legte erstere in die Plättstube und die Plättstube in ein abgelegenes Zimmer des Souterrains. Da ebenfalls ein Trockenraum nicht hergestellt war, auch später, wie man bei Errichtung der Tobabtheilung durch Räumung des Souterrains von Kranken vorhatte, indess wegen der

*) Sind gegenwärtig aufgegeben.

schon eingetretenen Ueberfüllung nicht ausführen konnte, ein solcher in den noch stets von Kranken bewohnten Souterrains nicht hergestellt werden konnte, so bestehen noch stets hinsichtlich der Küchen- und Wäscheeinrichtungen erhebliche Mängel fort, die ihre Abhülfe erst bei einem hier zu errichtenden Neubau gewärtigen.

Sehr ungenügend war die in der Heilanstalt mit grossen Kosten eingerichtete Luftheizung. Man stellte dieserhalb auf einer Abtheilung eine Wasserheizung her, die bei geringen Kältegraden genügte, bei höheren nicht und hinsichtlich der Kostspieligkeit hoch zu stehen kam, wahrscheinlich höher, als wenn man die sämmtlichen Zimmer mit Oefen versehen hätte.

Man sah sich genöthigt, auf einzelnen Stuben ausserdem Oefen aufzustellen. Man brachte an der Nordwestseite Doppelfenster an.

Es war immerhin nicht die hinreichende Wärme zu erzielen, bis die Luft- und Wasserheizung im Herbst 1859 endlich gänzlich entfernt und Steinkohlenöfen in den Wohnzimmern und einzelnen Schlafzimmern hergestellt wurden.

Bei den steten ungünstigen Versuchen, die Souterrains trocken zu legen, trat die Nothwendigkeit des Neubaues einer besonderen Tobabtheilung immer mehr hervor und wurde bereits im Jahre 1837 zuerst angeregt. Im Jahre 1839 wurde ein Plan zu demselben vorgelegt, der den Winnenthaler zum Vorbild haben sollte und von den besuchenden Irrenärzten *Bergmann* und *Roller* gebilligt worden war. Das Jahr 1840 ging hin mit der Prüfung und den Verbesserungen der Ober-Bau-Deputation und den Berathschlagungen über den für den Bau zu wählenden Platz. 1841 wurden endlich fünf an die Anstalt stossende Gebäude zu 4,300 Thlrn. angekauft, abgerissen und der Platz für die Tobabtheilung dadurch gewonnen. 1842 wurde der Bau begonnen und im October 1843 bezogen.

Derselbe stellte einen symmetrischen Doppelbau dar, mit 8 auf jeder Seite nach innen mit der Rückwand aneinander liegenden Zellen und einem nach aussen vor denselben gelegenen, zugleich als Tageszimmer dienenden Corridor. Man ist indessen offenbar von dem Winnenthaler Plan sehr abgewichen, da die Zellen, obwohl sehr hoch, doch viel kleiner sind, als jene. Die Zahl der Zellen ist gegenwärtig eine viel zu geringe, die Schallleitung vermöge der Construction des Baues und der zu dünnen Zwischenwände eine zu grosse.

Während man in den ersten Jahren nach Eröffnung der Heilanstalt 1835 und 1836 erstaunt war über den Mangel an Benutzung der Anstalt und man eine Gleichgültigkeit der Behörden in diesem

Punkte zu erkennen glaubte, dies auch offen tadelnd gegen dieselben aussprach, änderte sich schon sehr bald die Sachlage, indem man im Jahre 1837 bereits ausser dem Tobbau, auch die Errichtung eines Reconvalescenten-Hauses auf Obermarsberg in Anregung brachte, ja im folgenden Jahre 1838 beschloss man, um einer drohenden Ueberfüllung vorzubeugen — bei einem Bestande von 79 in der Heil- und 118 in der Pflege-Anstalt, zusammen von 197 Kranken —, die ruhigen Kranken ihren Familien zurückzugeben, resp. sie wo irgend thunlich in dem Landarmenhause zu Benninghausen unterzubringen, welcher letztere Beschluss jedoch nicht in Ausführung gekommen zu sein scheint.

Wirklich wurde im Jahre 1839 auf Obermarsberg das dem Director *Ruer* zugehörige ehemalige Stiftsgebäude für eine jährliche Summe von 300 Thlrn. gemiethet, mit einem Kostenaufwande von 1,107 Thlrn. 15 Sgr. als Reconvalescenten-Station eingerichtet — vorläufig für 15 (10 Männer und 5 Frauen) —, das Essen durch einen Esel heraufgeschafft und dort wieder erwärmt. Bereits im Jahre 1841 errichtete man indessen eine eigene Küche, die ihr Material vom Haupthause bezieht. Auch modificirte sich die Reconvalescenten-Station bald dahin, dass nur ruhige alte Pfleglinge männlichen Geschlechts aus der 1. und 2. Klasse dort verpflegt werden. Gegenwärtig befinden sich deren 20—22 dort*).

Nachdem man noch 1841 auf dem Boden des Oekonomie-Gebäudes unter dem Dache 14 durch Bretterwände getrennte Schlafzellen errichtet hatte, waren alle diejenigen Räume gewonnen, die auch jetzt vorhanden, und man hoffte im Ganzen 100 Heilinge und 170 Pfleglinge, in Summa 270 Kranke unterbringen zu können, während der gegenwärtige Bestand 470 beträgt. Mit den 40er Jahren beginnt überhaupt jene Reihe von Versuchen und Plänen, dem drohenden und wirklich eingetretenen Mangel an Raum Abhülfe zu verschaffen, welche jetzt erst zwei Jahrzehnte später ihren vorläufigen Abschluss in der Errichtung der 2ten westfälischen Irrenanstalt finden sollten.

Es dürfte nicht ganz ohne Interesse sein, die einzelnen Projecte, wie sie nacheinander auftauchten und wieder aufgegeben wurden, hier namhaft zu machen.

1) Einrichtung auch des unteren Stockes des Oekonomie-Gebäudes für Kranke und Errichtung eines anderen Oekonomie-Gebäudes mit Wohnung für den Hausverwalter. 1842.

2) Errichtung eines neuen Gebäudes für 40 Kranke, Wohnung für den Hausverwalter und zwei Hausgeistliche, und einige Wirth-

*) Ist nach Eröffnung der 2ten Irrenanstalt aufgegeben.

schaftsräume. 1844. Kostenanschlag 11,570 Thlr., Krankenbestand 295.

3) Da dieser Plan vom Landtage abgelehnt wurde, Erweiterung des Oekonomie-Gebäudes nach einer Seite hin. 1846.

4) Da dies jedoch nicht ausreichen würde, so projectirte man, auf Obermarsberg eine Pflegeanstalt für 70 weibliche Kranke zu errichten, einen Hülfsarzt dorthin zu legen, und ein neues Pastoratgebäude für die Gemeinde Obermarsberg zu erbauen, da das alte, im Stiftsgebäude befindliche, zur Anstalt hätte gezogen werden müssen. 1847.

5) Da vorstehender Plan auf verschiedene Hindernisse, namentlich Wassermangel, stiess, so kauft man das Grundstück Wickenhof (in der Nähe der Hauptanstalt am Berge gelegen) an und will dort die weibliche Pflegeanstalt errichten. 1848. Krankenbestand 312.

Dieser Plan blieb längere Zeit in der Schwebe, ohne dass derselbe weiter gefördert wurde, bis der Landtag im Jahre 1851 bei einer inmittelst bis 835 gestiegenen Krankenzahl diesen Erweiterungsplan „nicht in dem Maasse für ein dringendes Bedürfniss erkannte, dass dafür die Fonds durch die Provinzial-Hülfskasse schon jetzt beschafft werden sollten, zumal es an den ausführlichen Kostenanschlägen noch fehle."

Die ständische Deputation überzeugte sich jedoch bei der General-Revision, dass eine Abhülfe nöthig sei, und indem man im folgenden Jahre 1852 schon die Errichtung einer besonderen Zweig-Anstalt in's Auge fasste, beschloss man

6) das alte Kloster abzubrechen und auf dem gewonnenen Platze mit Hinzuziehung des Gartens für die männlichen Pfleglinge ein 3stöckiges Gebäude in ⊥ Form zu errichten, dessen längerer Flügel 20 Schritt von der Heilanstalt entfernt, mit dieser parallel laufen und sich, dem gegebenen Raume gemäss, mit seiner ganzen einen Seite in der unmittelbaren Nähe des senkrecht auf ihn stossenden Tobbaues befinden sollte. 1852. Krankenbestand 339.

Dieser Neubau sollte 200 Pfleglinge fassen, die Heilanstalt 150 Heilbare, so glaubte man, dem Bedürfniss vorläufig hinlänglich zu genügen. Nachdem indess bei der Vorlegung des Planes in der Conferenz des folgenden Jahres 1853 sich mehrfache ärztliche und technische Bedenken erhoben, die auch 1854 noch nicht erledigt waren, glaubte man diesen

7) dadurch zu entgehen, dass man an der obigen Stelle den Neubau in Form eines rechtwinklich auf das H der Heilanstalt stossenden grossen dreistöckigen ⌶ förmigen Gebäudes zu errich-

ten projectirte, worüber nunmehr schleunigst Plan und Kostenanschlag angefertigt werden sollte.

8) In demselben Jahre 1854, am 24. October, beschloss der Landtag indessen eine zweite westfälische Irrenanstalt zu errichten, und diese Angelegenheit tritt im genannten Jahre nach 12jähriger Dauer in ihre zweite Entwickelungsphase ein. Eine Commission sollte einen geeigneten Platz in der Provinz aufsuchen, überhaupt aber die Angelegenheit so weit fördern, dass der Landtag von 1856 seine Genehmigung ertheilen könne.

Von verschiedenen Plätzen, bei Bielefeld, Herford und Halle i. W., wird letzterer, Bergkamp, festgehalten, vorausgesetzt, dass sich hinreichendes Wasser daselbst finden lässt. 1856. Krankenbestand 376.

Die Bohrversuche währten bis zum Jahre 1858 und förderten ein negatives Resultat.

9) Der Landtag beschloss nunmehr, die Anstalten nach Confessionen zu trennen. Es wurde eine besondere Baucommission ernannt, und unter vielen Bauplätzen blieb man endlich bei Lengerich stehen, woselbst der Grundstein zur neuen, für die Evangelischen bestimmten, Anstalt am 12. Juni 1862 gelegt wurde.

So waren zwanzig Jahre über den Projecten zur Erweiterung hingegangen.

War nun kurz vor dem Schlusse des 50jährigen Zeitraumes welchen die Marsberger Anstalt bestanden hatte, durch Errichtung einer zweiten öffentlichen Irrenanstalt der Schritt gethan worden, welcher dem westfälischen Irrenwesen eine andere Verfassung geben musste, so sollte bei dem nun thatkräftig sich äussernden Eifer für die gute Sache auch Marsberg selbst mit der sicheren Aussicht einer zeitgemässeren Gestaltung in den neuen Zeitabschnitt seiner Geschichte eintreten.

Die Unzweckmässigkeit des alten Klostergebäudes hatte sich in einer langen Reihe von Jahren hinreichend dargethan; sie trat jetzt, den überall sich erhebenden neuen Anstalten gegenüber, um so greller hervor. Die Ueberfüllung war auf's Höchste gestiegen, die Krankenzahl hatte die höchste Ziffer 479 erreicht, während die vorhandenen Räume ursprünglich nur auf 270 berechnet waren; die Noth wurde noch vermehrt durch einen, von einer Kranken veranlassten Brand des Oekonomie-Gebäudes, in dessen oberen Räumen einige 70 weibliche Kranke untergebracht waren, und es war wohl dieses Maximum des Nothstandes, welches mit dazu beitrug, den schon länger besprochenen Plan, das alte Klostergebäude aufzugeben, zu einer sofortigen raschen Reife zu bringen.

Noch in demselben Herbste 1864 wurde beschlossen, einen Erweiterungsbau in Marsberg auszuführen, und zwar durch einen an die Heilanstalt anzubauenden Flügel, so dass das alte H nunmehr die Form HH erhalten würde. Ausserdem sollte ein Wirthschafts-Gebäude errichtet werden, welches die Koch- und Waschküche, die Vorrathsräume, die Bäckerei und Brauerei, den Festsaal, einzelne Wohnungen und Reserveräume enthalten würde, Alles Räume, welche gegenwärtig theils zu klein, theils unzweckmässig gelegen und eingerichtet, theils auch gar nicht vorhanden sind.

Der Erweiterungsbau der Heilanstalt ist im Sommer 1865 im Rohbau fertig gestellt und im Frühjahr 1867 bezogen; das Wirthschaftsgebäude ist im Sommer 1866 errichtet und wird Herbst 1867 wenigstens theilweise benutzt werden können. — Eine neue Tobabtheilung für die Frauen, bestehend aus zwei einstöckigen Flügeln und einem zweistöckigen Verbindungsbau, wird im Sommer 1867 gebaut und soll 1868 bezogen werden können.

Es wird noch übrig bleiben, die vom Kloster herrührende ganz unzulängliche Anstalts-Kapelle zu erweitern resp. eine neue Anstaltskirche zu bauen, ausserdem hinreichende Oekonomie-Gebäude für die erweiterte Landwirthschaft, und endlich hinreichende und angemessene Dienstwohnungen herzustellen. —

Die Ueberfüllung der Marsberger Anstalt machte es nöthig, dass in dem Maasse, als einzelne Theile der neuen Anstalt in Lengerich fertig wurden, eine entsprechende Anzahl Kranker dorthin übersiedelte, und so konnte die erste Uebersiedelung von 72 Männern der 3ten Verpflegungsklasse am 31. October 1864 stattfinden, in Folge dessen zwei sehr lästige Filiale der Anstalt, und zwar ein, im hiesigen städtischen Krankenhause gemiethetes, Nachtquartier für einige zwanzig männliche Kranke und das von der Familie *Ruer* gemiethete Stift auf Obermarsberg für einige zwanzig männliche Kranke der 1sten und 2ten Verpflegungsklasse zur grossen Erleichterung der Anstalts-Verwaltung aufgegeben werden konnten.

Am 22. November 1865 siedelten dann ferner nach Lengerich 30 weibliche Kranke der 3ten Verpflegungsklasse über, und am 27. Februar 1866 ausserdem 9 Männer und 16 Frauen der 3ten Klasse. Der Rest der evangelischen Kranken siedelte dann in der zweiten Hälfte des April 1867 und ersten Hälfte Mai desselben Jahres über, und fand die vollständige feierliche Eröffnung der Anstalt in Lengerich mit 244 Kranken am 14. Mai 1867 statt, während in der Marsberger Anstalt an diesem Tage 302 Kranke zurückgeblieben waren. —

X.
Aerztliches.

Die ärztliche Behandlung der Geisteskranken hielt im Allgemeinen mit den in Deutschland herrschenden wissenschaftlichen Ansichten gleichen Schritt.

Man war sich von vornherein bewusst, dass das Hauptmittel die Anstalt selbst sei, die Isolirung von schädlichen häuslichen Einflüssen, eine strenge Ordnung und Disciplin, eine humane Behandlung nach allen Seiten hin, eine gute Pflege in Nahrung, Kleidung, Bettung, in Gewährung passender Beschäftigung und Erholung. Man bemühte sich zu individualisiren.

Die Art der Beschränkungsmittel, wie sie anfangs stattfand, ist im vorigen Abschnitt angegeben.

Die läuternden Ideen über möglichste Vermeidung derselben haben schon früh, wie aus manchem Berichte hervorgeht, Eingang gefunden und sind in den letzten Jahren bis zu dem, nach den hiesigen Localverhältnissen irgend möglichen beschränkten Maass zurückgeführt worden. Es ist hiebei ein grosser Unterschied zwischen den Geschlechtern hervorgetreten. Während wir die grosse Mehrzahl der Männer (280) fast ohne alle Beschränkung zu behandeln vermögen, ist dieses bei der Minderzahl der Frauen (180) in geringerem Grade der Fall*).

Der Arzneigebrauch war dem Geiste der Zeit entsprechend, bis in die 30er und 40er Jahre ein ziemlich ausgedehnter, so dass *Stoll* mehrfach in der erstgenannten Zeit eine Verminderung desselben, dagegen die Anwendung von vielem Wassertrinken, worunter auch Mineralwässer, die Behandlung ohne Arznei anregte.

In Folge dessen bildete man bezüglich der Behandlungsweise verschiedene Abtheilungen von Kranken, und zwar:

1) solche, welche man wegen vorliegender Indicationen mit Arzneien behandelte;
2) solche, welche blos Diät und eine psychische Leitung forderten;
3) Patienten, die längere Zeit Mineralwässer (Seidschützer, Kissinger, Selterswasser) bei wenigen Medicamenten gebrauchten;
4) solche, bei denen vieles Wassertrinken mit Arzneigebrauch zur Anwendung kam und

*) Nachdem jetzt (Mai 1867) Räume gewonnen und die Krankenzahl vermindert ist, hat sich auch der Restraint bei den Frauen fast ganz beseitigen lassen.

5) solche, die blos mit Wassertrinken und psychischer Leitung behandelt wurden.

Man will im Allgemeinen günstige Resultate bei diesen Behandlungsarten erzielt haben, doch liegen bestimmte statistisch verwerthbare Ergebnisse darüber nicht vor.

Bäder wurden seit Errichtung der Anstalt in den verschiedenen üblichen Formen gegeben, worunter während einer Zeit auch das russische Dampfbad. Seit einigen Jahren kommen auch Flussbäder, sowohl im Freien, als in einem errichteten Badehause an der Diemel zur Anwendung.

Hinsichtlich der wissenschaftlichen Classification der Irren kamen *Stoll* und *Ruer* im Jahre 1838 dahin überein, in den betreffenden Berichten und Nachweisungen folgender Nomenclatur sich zu bedienen:

a. Wahnsinn,
1) mit } fixe Ideen { generell,
2) ohne } fixe Ideen { partieller,
b. Melancholie,
c. Tobsucht,
d. Blödsinn,
1) mit } Epilepsie,
2) ohne } Epilepsie,

eine Eintheilung, die später wieder verlassen wurde.

Im Jahre 1847 bereits machte *Ruer* auf die Nothwendigkeit eines Hülfsarztes aufmerksam, bei einem Krankenbestand von 300 Köpfen. Die ärztlichen Geschäfte werden indess noch stets von zwei Aerzten versehen, denen seit Errichtung der Heilanstalt als Oberaufseher zwei Chirurgen beigegeben sind.

Der Plan, einen Cursus der Irrenbehandlung für junge Aerzte einzurichten, welcher früher bei Marienfelde schon ins Auge gefasst worden war, tauchte schon bald nach Gründung der Anstalt wieder auf. Derselbe ist jedoch, so viel bekannt, nicht realisirt worden. *Ruer* hatte für den Fall, dass er zu Stande käme, proponirt, dass die Zahl der jungen Aerzte drei nicht übersteigen dürfe. —

In den fünfziger Jahren wurde das Beneficium gegen Verabfolgung des ersten Anstaltstisches, zur Ausbildung in der Psychiatrie in der Anstalt hospitiren zu dürfen, von zwei Aerzten ein und resp. drei Jahre lang in Anspruch genommen.

Seit März 1867 functionirt dann wiederum ein 3ter Arzt, der, ausser obigen Emolumenten von der Anstalt, vom Staate einen Zuschuss von 200 Thlrn. erhält.

Der individuellen Behandlung der Kranken wurde und wird ein Curplan zu Grunde gelegt, welcher in einer ärztlichen Conferenz, sich anlehnend an einen ausführlich ausgearbeiteten Bericht über den körperlichen und psychischen Zustand, festgestellt wird.

An dieser Conferenz nehmen seit dem Jahre 1860 auch die Geistlichen Theil, die ihrerseits psychische Berichte über besondere, ihnen vom Director zugetheilte Kranke liefern.

XI.
Kirchliches.

Der Gottesdienst war früher dergestalt eingerichtet, dass der katholische Pfarrer der Stadt an einem Werktage in der Anstalts-Kapelle für die katholischen Anstaltsbewohner eine Messe las, während Sonntags kein Gottesdienst stattfinden konnte, da der Pfarrer bereits den Früh- und Hauptgottesdienst in der Stadt halten musste. Dies währte bis zum Jahre 1839, wo durch die Anwesenheit zweier Geistlichen auch Sonntags in der Anstalt Gottesdienst stattfinden konnte. Für die Evangelischen hielt ein Geistlicher aus dem benachbarten Waldeckschen alle 14 Tage Gottesdienst. An den Sonntagen las der städtische Lehrer, der zugleich die musikalische Unterhaltung abhielt, für beide Confessionen getrennt, geistliche Betrachtungen vor.

Ein Antrag des Bischofs vom Jahre 1836, die dem Stadtpfarrer für seine Aushülfe in der Anstalt bewilligten 50 Thlr. soweit zu erhöhen, dass er einen Kaplan halten könne, der sich zugleich der Anstalt widmen würde, wurde abgelehnt, da nach den Erfahrungen bei anderen Anstalten die Anordnung eines Geistlichen äusserst bedenklich, auch dadurch die Anzahl der Geheilten nicht vermehrt schien. Man ging indess im folgenden Jahre insofern auf jenen Antrag ein, als man einem anzustellenden Kaplan ausser jenen 50 Thlrn., den Mittags- und Abendtisch an der Officiantentafel bewilligte gegen die Verpflichtung, an Sonn- und Festtagen in der Anstalt die Messe zu lesen und sich der Seelsorge der katholischen Kranken überhaupt zu unterziehen, ohne dass das Project wegen Mangels der übrigen Fonds zur Unterhaltung des Kaplans zu Stande kam. —

Im Jahre 1841, als der Stadtpfarrer *Caspari* der Mithülfe seines Amtsvorgängers, wegen dessen vorgeschrittenen Alters, entbehrte, und ein Sonntags-Gottesdienst nicht mehr in der Anstalt stattfinden konnte, trug *Ruer* auf die Anstellung eines besonderen katholischen Geistlichen für die Anstalt an. Nachdem man hiezu

200 Thlr. bewilligt und geglaubt hatte, dass der junge Geistliche gegen einige Aushülfe in der Stadt bei dem Stadtpfarrer wohnen könne, dies jedoch nicht in Ausführung gekommen, bewilligte dann der 7te westfälische Landtag bald nachher 200 Thlr. nebst freier Station, Wohnung und 1 Klafter Holz für einen katholischen Geistlichen, der im August 1843 seine Functionen antrat. Man beabsichtigte, beim nächsten Landtage auch die Anstellung eines evangelischen Hausgeistlichen in Antrag zu bringen. Ein solcher trat in Folge dessen im Juli 1845 in Wirksamkeit.

Die Thätigkeit der Geistlichen umfasste erst blos die gewöhnliche Seelsorge und die Spendung der Sacramente. Seit dem Jahre 1858 wurde dieselbe durch eine bestimmte Instruction geregelt, wonach dieselben zweimal wöchentlich an den ärztlichen Visiten und ausserdem an den ärztlichen Conferenzen Theil nehmen, und ihnen überhaupt eine bestimmte, unter ärztlicher Leitung stehende Thätigkeit in Bezug auf die Kranken angewiesen ist.

Die Beerdigungen finden durch den Geistlichen der betreffenden Confession, unter Theilnahme einer hinreichenden Anzahl männlicher Kranken, auf dem städtischen Kirchhofe statt, für dessen Mitbenutzung die Anstalt im Jahre 1849 und 1852 jedesmal eine Summe von 200 Thlrn. hergegeben hat. —

XII.

Land- und Vieh-Wirthschaft.

Die Vorzüglichkeit der Beschäftigung im Freien für Geisteskranke liess die Anstalt von jeher darauf Bedacht nehmen, das Areal ihres Grundbesitzes zu vermehren, wozu namentlich in den letzten Jahren bereitwilligst die Geldmittel bewilligt wurden. So hat sie allmählig einen Grundbesitz von 124 Morgen acquirirt, von welchen 25 Morgen gepachtet sind; 26 Morgen bilden die durch eine lebendige Hecke umzäunten, mit Bosquets, Baumgruppen, Spazierwegen, Lauben und Sommerhäuschen gezierten Anlagen, die gleichzeitig für die Ackerwirthschaft verwerthet werden. 23 Morgen Ackerland liegen in der unmittelbaren Nähe der Anlagen, das Uebrige mehr oder weniger zerstreut und entfernt auf der nahen Hochebene. Durch die hoffentlich bald zu Stande kommende Separation der Grundstücke in hiesiger Feldmark, wird eine grössere Arrondirung und damit namentlich für die Anstalt ein grosser Vortheil erreicht werden.

Bei diesem Bebauungsmaterial hat die Landwirthschaft seit der Anstellung eines Oekonomen von Fach im Jahre 1861 einen grösseren Aufschwung genommen.

Der Viehstand wurde auf 20 Kühe vermehrt, welche frisch milchend und nicht unter 10 Maass Milch gebend, angekauft, durch die reichliche Nahrung bald fett gefüttert und mit grossem Nutzen für die Anstaltsküche verwerthet werden. Ausserdem werden jährlich 16 Schweine gemästet. — Seit dem Jahre 1860 hat die Anstalt ein eigenes Fuhrwerk mit 2 Pferden und bewirthschaftet unter Benutzung ihrer übrigen Kräfte ihre Felder selbst.

Die Latrinen wurden so hergestellt, dass die Excremente sämmtlich aufgefangen und in rationeller Weise durch Vermischung mit Composthaufen zu einem kräftigen Dünger verarbeitet werden, wodurch es gelungen ist, trotz des sterilen Bodens der umgebenden Anlagen, sämmtliche und selbst feine Gemüse für die Anstalt zu ziehen. Durch vermehrte Anpflanzung von Obstbäumen wird die Anstalt künftig mehr noch wie gegenwärtig im Stande sein, ihren Bedarf zu erzielen.

Die naheliegenden Vortheile einer vermehrten Land- und Vieh-Wirthschaft sind vor Allem ein grösseres Arbeitsmaterial für die Kranken, grössere Selbstständigkeit der Anstalt hinsichtlich der nächsten Bedürfnisse, grösserer Wechsel zwischen milchgebendem und fettem schlachtbarem Rindvieh, dessen Fleisch stets von vorzüglicher Qualität und dessen Reinertrag, die Fütterungskosten dem Milchertrag gleichgesetzt, durchschnittlich dem Einkaufspreise gleichkommt.

Ausserdem wurde es bei einem täglichen Milchgewinn von durchschnittlich 140 Maass möglich, dem 3. Tische Abends zweimal wöchentlich als eine sehr beliebte Abwechselung Milchsuppe zu reichen, durch öftere Bereitung von Milchsuppen die Kosten der beiden ersten Tische zu vermindern und die Qualität derselben zu verbessern, und durch Verabreichung von Milch manchen medicinischen Bedürfnissen einer blanden und nahrhaften Diät ungehindert nachkommen zu können.

XIII.
Handwerker.

Wie in Bezug auf Landwirthschaft, so suchte die Anstalt auch hinsichtlich der Handwerker grössere Gelegenheit zu zweckmässiger und vortheilhafter Beschäftigung und zu der in dieser Beziehung so wesentlichen Unabhängigkeit und Selbstständigkeit allmählig zu gewinnen. Schon früh waren Schneider- und Schreinerwerkstätten und ein Gärtner vorhanden. Mit Errichtung der Heilanstalt und des Oekonomiegebäudes trat dann mit der eigenen Speisewirthschaft auch eine Brauerei und Bäckerei hinzu. Im

Jahre 1852 wurde die Errichtung einer Schusterei angeregt. Dieselbe wurde jedoch erst im Jahre 1857 am 1. April eingerichtet. Im Jahre 1859 wurden dann eingerichtet Werkstätten für Sattler, Tapezirer und Anstreicher (in einer Person), für Schlosser und Klempner, eine zweite Werkstatt für Schreiner und Zimmerleute, für Böttcher, Wagener, für Maurer (zwei), für Weber, vorübergehend für Buchbinder.

Die Handwerker, mit welchen allen eine gewisse Anzahl Kranke beschäftigt sind, fungiren mit Ausnahme des Schreiners, Gärtners und Bäckers zugleich als Wärter, und sie erhalten zu ihrem Wärterlohn für ihre Leistungen als Handwerker eine Vergütung von 20 Thlrn. jährlich.

XIV.
Wartpersonal.

Das Wartpersonal wurde bis zur Eröffnung der Heilanstalt auf den Antrag des Directors von der damals vorgesetzten Behörde, der Königlichen Regierung in Arnsberg, angenommen. Diese für die Verwaltung der Anstalt gewiss unbequeme Maassregel hörte mit dem genannten Zeitpunkte auf, und der Director nahm selbstständig das Wartpersonal an. Wie vorsichtig man indess dennoch bei dieser Gelegenheit zu verfahren gedachte, geht aus einer Verfügung vom 26. Juni 1835 hervor, in welcher es heisst, dass die jetzige Anstalt (die alte), in welcher mehr unheilbare Pfleglinge, als heilbare Irre vermischt vorkämen, zur Heranziehung von Wärtern und Wärterinnen für die Provinzial-Irren-Heilanstalt nicht geeignet sei, dieselben müssten vielmehr aus vorzüglich guten Krankenwärter-Anstalten, wie die in Berlin bestehenden, beschafft werden, worüber bei *Dieffenbach* Erkundigung einzuziehen sei; man genehmigte jedoch auf Vorstellung *Ruer*'s vom December 1833, dass auch andere Wärter und Wärterinnen probeweise in die Anstalt aufgenommen würden, vorübergehend Kost und Wohnung und monatlich 3 Thlr. erhielten und einen 1—2 monatlichen theoretischen und praktischen Unterricht genössen, um eventuell dann angestellt zu werden. Dass überhaupt Krankenwärter aus Berlin requirirt worden, scheint nicht der Fall gewesen zu sein.

Der Lohn des Wartpersonals wurde im Jahre 1837 auf 36 bis 40 Thlr. jährlich erhöht.

Um dasselbe mehr an die Anstalt zu fesseln, und den zu häufigen Wechsel zu vermeiden, gab man vom Jahre 1843 an mit den Jahren steigende Löhne und zwar den Wärtern im ersten oder

Probejahre 40 Thlr., nach diesem 48 Thlr., nach dem 4. Jahre 56 Thlr. und nach dem 12. Dienstjahre 72 Thlr., ausserdem 11 Thlr. Kleidergelder und völlig freie Station mit der Beköstigung des 3. Tisches.

Die Wärterinnen steigen in derselben Weise von 30 bis 48 Thaler und erhalten 6 Thlr. Kleidergelder. Der Lohn des Wartpersonals wurde im Jahre 1866 wieder erhöht und beziehen die Wärter gegenwärtig Alles in Allem (neben freier Station) 80 bis 106 Thlr. Die Wärterinnen 48—66 Thlr. Ein im Jahre 1838 wiederholt angeregter Pensionsfonds, welcher aus monatlichen Beiträgen und Strafgeldern gebildet werden sollte, scheiterte an der Ungeneigtheit des Wartpersonals selbst zu jenen Beiträgen. Es kann jedoch nach mindestens 25jährigem tadellosem Dienst und eingetretener Dienstunfähigkeit eine jährliche Unterstützung von 6 bis 24 Thlrn. gewährt werden.

Das männliche Wartpersonal trug bis zum Jahre 1860 eine militairische Uniform, welche die Anstalt lieferte und bezog keine Kleidergelder, während das weibliche sich beliebig kleidete. Es ist dies seit jener Zeit dahin abgeändert, dass beide eine passende und genau vorgeschriebene bürgerliche uniforme Kleidung tragen, welche sie sich selbst stellen und dafür das oben genannte Kleidergeld beziehen.

XV.
Hausordnung.

Die neuerdings revidirte und höhern Orts genehmigte Hausordnung, sowie eine ausführliche Anleitung zum Krankenwartdienst sind gedruckt und werden den Betreffenden bei ihrem Eintritt in den Dienst eingehändigt.

XVI.
Tagesordnung.

Morgens früh machen die Oberaufseher und Oberaufseherin ihren Rundgang und überzeugen sich von dem rechtzeitigen Aufstehen des Dienst- und Krankenpersonals und der Handhabung der Hausordnung und nehmen den Rapport des Wartpersonals über die Ereignisse der Nacht und das allgemeine Verhalten der Kranken entgegen; hierüber erstatten sie dem Director einen schriftlichen Rapport, auf welchem zugleich das Fehlen der Arzneien und sonstige Vorkommnisse betreffs des Dienstpersonals verzeichnet sind. Um 8 Uhr stattet der Nachtwächter, welcher stündlich die Runde macht und durch eine Controluhr controlirt

wird, dem Director Rapport über etwaige Ereignisse in der Nacht ab, über die Unruhe und allenfallsige Unordnungen im Zustande der verschiedenen Abtheilungen, soweit sie zu seiner Kenntniss gekommen sind.

Um ½10 Uhr findet im Conferenzzimmer eine Zusammenkunft der Beamten und Officianten statt, welcher an zwei Tagen auch die Geistlichen beiwohnen. Hier werden die verschiedenen Rapporte der Oberaufseher, des Rechnungsführers und Oekonomen vom Director entgegengenommen, und das Nöthige besprochen und sofort angeordnet.

Hierauf folgt die ärzliche Hauptvisite, die vom Director und zweiten Arzt abwechselnd bei den Männern und Frauen gemacht wird, zweimal wöchentlich unter Begleitung je eines der Geistlichen.

Um 12 Uhr nach der ärztlichen Visite findet eine Zusammenkunft des Directors mit den beiden Verwaltungsbeamten statt, in welcher die eingegangenen Correspondenzen besprochen und das Nöthige dieserhalb angeordnet wird.

Hierauf kommen die Aerzte zusammen, um sich gegenseitig über das Verhalten der Kranken zu besprechen und das Erforderliche anzuordnen. Abends findet eine zweite ärztliche Visite statt.

Um 8 Uhr Morgens begeben sich die zur Arbeit fähigen Kranken mit dem Wartpersonal zu ihren Beschäftigungen, andere machen bei günstigem Wetter in den Anlagen und Höfen ihre Spaziergänge.

Die Hauptbeschäftigung der Männer ist die Bestellung der Aecker und Gärten; da es im Winter hieran mehr mangelt, so werden seit einigen Jahren nach dem Vorgange des Sonnenstein mehrere Gruppen von Kranken, unter Beisein je eines Wärters, mit Dreschen bei den Ackerbürgern hiesiger Stadt mit ganz gutem Erfolge beschäftigt. Der dadurch gewonnene Geldertrag ist zu einem Fonds zur Unterstützung armer zu entlassender Kranken projectirt. Ausserdem werden im Winter in zwei Sälen Strohmatten geflochten.

Eine fernere Beschäftigung ist die des Holzsägens und Spaltens auf zwei mit Schuppen versehenen geräumigen Holzhöfen.

Eine grosse Anzahl Kranker beschäftigt sich bei den verschiedenen Handwerken und in den Viehställen. Mehrere sind auf dem Büreau, andere mit wissenschaftlichen schriftlichen Arbeiten und mit Lectüre, unter der speciellen Leitung der betreffenden Geistlichen, beschäftigt.

Die Frauen beschäftigen sich im Sommer ebenfalls vielfach im Freien, ausserdem täglich mit Kartoffelschälen und Gemüsereinigen in gesonderten Localen, mit Nähen, Stricken, Spinnen, Bügeln, Wäsche und Hausarbeiten. Im Winter findet zweimal wöchentlich Abends für beide Confessionen und Geschlechter Religionsstunde und Gesangübungen statt. —

Alle 2 bis 3 Wochen ist eine musikalische Abendunterhaltung, welche ein städtischer Lehrer leitet, und worin Gesangvorträge eines für die Anstalt bestehenden Männerquartetts, sowie andere Vocal- und Instrumental-Pieçen von Kranken und Beamten vorgetragen werden. Theatervorstellungen im Winter konnten nur vorübergehend geboten werden. —

Ausserdem bringen Abwechselung in das tägliche Leben geeignete Vorstellungen durchziehender Künstler und Truppen, sowie die in der Hausordnung speciell angegebenen verschiedenen Feste im Sommer und Winter. Abends nach dem Tisch finden auf verschiedenen Abtheilungen Unterhaltungen statt durch Vorlesungen des Wartpersonals, Spiele der verschiedenartigsten Art, Volksgesänge etc.

Personalverhältnisse.

A. Aerzte.

1) Dr. *Wilhelm Ruer*, früher Hessendarmstädtischer Amtsarzt in Stadtberge, als Director der Anstalt, vereidet am 14. October 1814, am 1. October 1850 auf eigenen Wunsch in den Ruhestand versetzt; gestorben am 17. December 1864 zu Hamm, woselbst er eine kleine Privat-Anstalt errichtet hatte.

2) Dr. *Heinrich Joachim Knabbe*, seit dem Jahre 1835 Hülfsarzt, 1837 2ter Arzt, seit 1. October 1850 Director der Anstalt bis zu seinem Tode am 22. Juli 1859.

3) Dr. *Oskar Schwarz*, früher praktischer Arzt, 2ter Arzt der Anstalt vom 1. October 1850 bis zum December 1851, dann Kreis-Physikus in Altena und Regierungs-Medicinalrath in Sigmaringen, sowie Director des dortigen Krankenhauses.

4) Dr. *Friedrich Koster*, früher Assistenzarzt in Siegburg, 2ter Arzt der Anstalt vom 5. Juni 1852, Director seit dem 22. Juli 1859.

5) Dr. *Wohter*, hospitirender Arzt vom 10. Juni 1854 bis 10. Juni 1855, später praktischer Arzt in Rüthen.

6) Dr. *Pape*, hospitirender Arzt seit dem 10. Juni 1855 und Hülfsarzt vom Juni 1856 bis 1. März 1861, später praktischer Arzt in Stadtberge.

7) Dr. *Wilhelm Tigges*, früher Assistenzarzt in der Irrenanstalt bei Halle a. d. Saale, 2ter Arzt seit dem 1. März 1861.

8) Dr. *Gordes*, Assistenzarzt seit dem 1. März 1867.

B. Geistliche.

1) Guardian *Gabriel Kligge*, provisorischer Director der Anstalt vom 25. Januar 1813 bis zu seiner Flucht am 26. Juli 1813.

2) Stadtpfarrer *Keuper* aus Niedermarsberg, hielt katholischen Gottesdienst bis zum Februar 1839.

3) Pastor *Grale* aus Helminghausen (Waldeck), hielt evangelischen Gottesdienst bis zu seinem Tode am 7. Juni 1840.

4) Pastor *Stollmann* aus Vasbeck (Waldeck), hielt den evangelischen Gottesdienst vom August 1840 bis November 1842.

5) Pfarrer *Steinmetz* von Wrexen, hielt den evangelischen Gottesdienst vom Mai 1843 bis Juni 1845.

6) Stadtpfarrer und Dechant *Caspari* aus Niedermarsberg, hielt katholischen Gottesdienst bis zum August 1843.

7) Kaplan *Schneppendahl*, erster katholischer Anstaltsgeistlicher vom August 1843 bis 28. October 1852.

8) Pastor *Stapenhorst*, erster evangelischer Anstaltsgeistlicher vom 2. Juli 1845 bis zu seinem Tode am 15. November 1857.

9) Pastor *Steinhof*, interimistischer katholischer Anstaltsgeistlicher vom 28. October 1852 bis December desselben Jahres.

10) Kaplan *Eduard Koenig*, katholischer Anstaltsgeistlicher vom December 1852 bis 21. Januar 1863.

11) Pastor *Schwarz* aus Fürstenberg, interimistischer evangelischer Geistlicher vom November 1857 bis Februar 1858.

12) Pastor *Julius Lemcke*, evangelischer Anstaltsgeistlicher vom 23. Februar 1858 bis 1. December 1862.

13) Synodal-Vicar *Sasse* aus Soest, interimistisch vom 1. December 1862 bis Januar 1863.

14) Pastor *Johanning*, evangelischer Anstaltsgeistlicher seit 29. Januar 1863.

15) Kaplan *Schmelzer*, katholischer Anstaltsgeistlicher seit 21. Januar 1863.

C. Verwaltungsbeamte.

1) Stadtrentmeister *Philipp Busch*, Rechnungsführer von Errichtung der Anstalt, bis zur Eröffnung der Heilanstalt, vereidet am 21. September 1813.

2) *Joseph Rhode*, Oekonom der Anstalt auf eigene Rechnung desselben, von Errichtung der Anstalt bis zu seinem Tode am

21. December 1831, von welcher Zeit bis zur Errichtung der Heilanstalt die Wittwe die Oekonomie fortsetzte.

3) *Schlickum*, zum Inspector ernannt durch Verfügung vom 20. April 1834, bis zu seinem Tode am 1. October 1846.

4) Wittwe *Rhode*, Schliesserin und Hausverwalterin von Errichtung der Heilanstalt bis Ende 1837.

5) *Künkemeyer*, Hausverwalter vom Januar 1838 bis Juli 1838 (entlassen).

6) *Friedrich Dürr*, Hausverwalter seit dem 4. Februar 1839 bis 1. October 1861 (pensionirt), gestorben zu Marsberg am 8. December 1864.

7) *Heinrich Loeffler*, Inspector seit Januar 1847 bis Januar 1863 (abgegangen).

8) *Münster*, Oekonom seit dem 1. October 1861.

9) *Röhling*, Rechnungsführer seit Mai 1863.

D. Oberaufseher.

1) *Hausmann*, Oberaufseher des Landeshospitals und später der Pflegeanstalt, seit dem Jahre 1822 (?) bis zu seinem Tode im December 1852.

2) *Stricker*, Wundarzt II. Klasse, Oberaufseher der Heilanstalt vom 20. Mai 1835 bis 1. Mai 1837; jetzt Dr. med. und praktischer Arzt in Dortmund.

3) *Gustav Meyer*, Wundarzt II. Klasse, Oberaufseher der Heilanstalt seit dem 1. Juni 1837 bis zu seinem Tode am 22. Juni 1850.

4) *August Siegwald*, Wundarzt II. Klasse, seit dem 29. August 1850 Oberaufseher der Heilanstalt, nach Lengerich versetzt und daselbst gestorben am 16. April 1866.

5) *Alwin Werner*, Wundarzt II. Klasse, Oberaufseher der Pflegeanstalt seit dem 5. März 1853, nach Lengerich versetzt am 1. Juni 1866.

6) *Nolte*, Aufseher der Oberstädter Station seit dem Januar 1842, gestorben am 8. Februar 1865.

7) *Friedrich Stellermann*, Oberaufseher seit dem 15. April 1866.

8) *Johann Drolshagen*, Oberaufseher seit dem 1. Januar 1867.

E. Oberaufseherinnen.

1) Frau *Hausmann*, Aufseherin der Pflegeanstalt vom März 1834 bis zu ihrem Tode den 21. November 1846.

2) Frau Amtmann *Teichs*, Oberaufseherin der Heilanstalt von Errichtung der Heilanstalt bis zum August 1844, gestorben im December 1844.

3) Diakonissin *Wirth*, Oberaufseherin der Heilanstalt seit August 1844 bis August 1854.

4) Diakonissin *Sussmann*, Oberaufseherin der Pflegeanstalt vom 21. November 1846 bis Sommer 1847.

5) Diakonissin *Stoeter*, Oberaufseherin der Pflegeanstalt vom August 1847 bis 1. Juli 1851. Als Aufseherin der Irrenanstalt zu Kaiserswerth zurückberufen.

6) *Antonette Biermann*, Oberaufseherin der Pflegeanstalt vom 7. Februar 1852 bis 31. December 1857.

7) *Dorothea Amelung*, seit dem 22. October 1854 Oberaufseherin der Heilanstalt, seit dem 4. Juli 1861 zugleich der Pflegeanstalt, nach Lengerich versetzt seit dem 22. November 1865.

8) *Bertha Messmann*, Oberaufseherin der Pflegeanstalt vom 5. Januar 1858 bis 4. Juli 1861, wonach diese Stelle mit derjenigen der Heilanstalt vereinigt wurde.

9) *Elise Poelmann*, Oberaufseherin seit dem 20. März 1866.

F. Lehrer.

1) Lehrer *Wohler*, Organist und Küster zur Zeit des Landeshospitals.

2) Lehrer *Vollmer*, früher Musik- und Zeichenlehrer, seit 1835 auch Organist.

3) *Mayer*, seit dem Jahre 1863.

Statistik,

betreffend

3,115 Aufnahmen in Marsberg,

nebst

vergleichender Statistik der der eigenen Untersuchung unterworfenen Verhältnisse.

Von

Dr. Tigges,

2tem Arzt der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg.

Vorbemerkungen.

Wenn man die psychiatrische Statistik mit anderen Gebieten der Statistik vergleicht, so fehlt es in ersterer vielfach an der bei jenen hervortretenden Klarheit der verfolgten Ziele und Exactheit der befolgten Methode, ohne dass man den Grund überall in den Schwierigkeiten des Gegenstandes suchen könne. Hiermit hängen die ihr anklebenden Mängel nothwendig zusammen. Es sind die in den entgegengesetzten Gruppen hervortretenden Verschiedenheiten vielfach unbestimmt und verschwommen, es ergeben sich vielfach nur Wiederholungen derselben unbestimmten Resultate früherer Statistiker, oder dieselben weichen ab, ohne dass der Grund hervorträte, man hat sich auch, wie sich ergeben wird, hin und wieder übereinstimmend durch diese inexacte Methode irre führen lassen. Es lässt sich sogar nicht läugnen, dass die mühsamen Zahlenanhäufungen und berechneten Verhältnisse einzelner Statistiker nach manchen Beziehungen hin interesselos und ermüdend sind. Auf einem Theile der bearbeiteten Felder herrscht eine so grosse Verschiedenheit der den gruppenbildenden Kategorieen zu Grunde liegenden Begriffe bei verschiedenen Statistikern, dass eine Vergleichbarkeit theilweise gänzlich unmöglich ist. Es hängt damit zusammen, dass es auf diesem Felde an der gemeinsamen Arbeit fehlt, dass die meisten Statistiker für sich arbeiten, ohne sich viel um die Resultate der Anderen zu bekümmern. Aus demselben Grunde z. Th. fehlt es an einem die zerstreuten Resultate zusammenfassenden Werke. Um nicht in abstracten Behauptungen uns zu ergehen, wollen wir zunächst das Wiener Formular, wie es in den Wiener Anstalts-Berichten 1858 befolgt ist, einer Zergliederung unterwerfen. Einer der wichtigsten Factoren für die Untersuchung ist das Alter. Es ist jedoch klar, dass wenn von einem zur Geistesstörung disponirenden Alter die Rede ist, man nur das Alter der Erkrankung und nicht das der Aufnahme in die Anstalt, welches in einem grossen Theile der Fälle

Decennien zurückliegt, nehmen darf. Auch werden wir nachweisen, dass die Disposition zu wiederholten Erkrankungen gegen die der ersten Erkrankungen eine ausserordentlich verschiedene ist. Will man die Frage daher exact lösen, so bleibt, so gross die Schwierigkeiten auch sein mögen, nur übrig, zunächst das Alter der ersten Erkrankungen festzustellen. Es ergiebt sich dann bei einer solchen exact vorgenommenen Festsetzung, dass den allgemein herrschenden Ansichten zuwider, die früheren Altersstufen, von 21—25 J. an, vor der späteren absolut und relativ sehr bevorzugt sind. — Eine weitere Kategorie ist die der Beschäftigungen (Professionen). Der diesen Untersuchungen zunächst vorschwebende Gesichtspunkt war wohl der, festzustellen, ob mit einigen Berufsarten die Neigung, in Geistesstörung zu verfallen, in höherem Grade vorhanden sei, als mit anderen. Hier ist es unumgänglich nöthig, die Classification der Berufsarten vollkommen übereinstimmend mit der der Volkszählung der betreffenden Bevölkerung zu machen. Letzteres ist meist nicht der Fall und kann daher ein Vergleich nur selten und unvollkommen angestellt werden. Wo die Volkszählung nach den Berufsarten nicht vorliegt, kann kein Vergleich und daher keine Untersuchung dieser Art angestellt werden. Ein zweiter Gesichtspunkt ist der, gewisse unterscheidende Merkmale, Eigenthümlichkeiten der den einzelnen Berufsarten Angehörenden je nach Aetiologie, Heilbarkeit, Sterblichkeit, Formen etc. festzustellen. Hier handelt es sich darum, solche Merkmale zur Scheidung der einzelnen Berufsklassen aufzustellen, welche voraussichtlich Unterschiede hervortreten lassen. Man wird sie vorzugsweise in der verschiedenen Lebensstellung, Bildung, Lebensweise, Ernährung etc. suchen müssen. Es liegt in der Natur der Sache, dass man die für den ersten Gesichtspunkt befolgte Eintheilung so einrichtet, dass man sie auch für den zweiten benutzen kann. Vor minutiösen Zersplitterungen wird man sich nach beiden Beziehungen zu hüten haben. — Es stellen sich übrigens der Gewinnung vollkommen exacter Resultate bezüglich der Berufsarten mancherlei Schwierigkeiten entgegen. Zunächst tritt die Wahrscheinlichkeit auf, dass die Aufnahmen der einzelnen nicht überall den Erkrankungsverhältnissen entsprechend erfolgen. Es haben auf dieselbe grössere Armuth oder Wohlhabenheit der einzelnen Berufsklassen oder der Gemeinwesen, denen diese vorzugsweise angehören, grössere Intelligenz und geistige Regsamkeit, Mangel an Vorurtheilen etc. Einfluss. Ferner sind in den einzelnen Berufsständen gewisse Altersklassen in verschiedenem Grade vertreten und da diese so sehr maassgebend bezüglich der geisti-

gen Erkrankung, Genesung, Sterblichkeit etc. sind, so müssten sich schon bei gleicher Erkrankungsfrequenz etc. der einzelnen Altersstufen die Resultate verschieden gestalten. Endlich wäre aus denselben oben angeführten Gründen möglich, dass einzelne Berufsklassen in höherem Grade frische, andere ältere Krankheitsfälle einlieferten, wonach ebenfalls, trotz principiell gleicher Verhältnisse, Verschiedenheiten sich ergeben könnten. Diese Bedenken gelten der Gewinnung vollkommen exacter, allseitig erschöpfender Resultate, obgleich nicht zu läugnen ist, dass aus dem bereits in der Literatur angehäuften Material sich nach einigen Beziehungen werthvolle Ergebnisse gewinnen lassen. — Es folgt die Kategorie des Civilstandes. Es ist hier zu bemerken, dass, um zur Möglichkeit einer exacten Bearbeitung zu gelangen, die Festsetzung der Zahl und die Vertheilung auf die einzelnen Altersstufen für die Bevölkerung und die Geisteskranken und die Krankheitsdauer bei den letzteren erforderlich ist. — Bezüglich der Formen tritt bei dem Wiener Formular eine principielle Anforderung nicht hervor. Es ist die Nothwendigkeit der Ausscheidung der Epilepsie und des angeborenen Blödsinns, welche nach allen Beziehungen zu anderen Folgerungen führen. Bezüglich der übrigen Formen ist die bestcharakterisirte die *dement. paral.*, dann das *delir. tremens.* Bezüglich der Melancholie und Manie bedarf es noch, zur Scheidung von einander, um vollkommen exact zu sein, einer Uebereinkunft zu gleichmässiger Kategorisirung und einer Berücksichtigung der Dauer, zur Scheidung von den secundären Formen. In Betreff der übrigen Formen ergiebt sich bei verschiedenen Schriftstellern keine Uebereinstimmung. Den thatsächlichen Beweis hierfür, sowie für alle hier beigebrachten Behauptungen, so weit er nicht durch die Kritik selbst gegeben wird, oder in der folgenden Arbeit enthalten ist, haben wir an einem anderen Orte geliefert. — Das Kapitel der Ursachen gehört zu den schwierigsten Punkten der psychiatrischen Statistik. Die Bearbeitung ist grösstentheils, auch meist im Wiener Berichte, in der Weise angestellt worden, dass für jeden Krankheitsfall nur eine Ursache, die dem Berichterstatter wichtigst erscheinende, angeführt ist. Dies schliesst jedoch nothwendig Willkür ein. Einer exacten Auffassung dürfte nur die andere Methode entsprechen, alle als Ursachen in Betracht kommenden schädlichen Momente aufzuführen. Jedoch ist dabei eine Kritik der einzelnen sehr erforderlich. Nur in dem Mangel derselben, oder in dem verschiedenen Standpunkte wissenschaftlicher Anschauungen ist es erklärlich, dass einige Momente in früheren Zeiten oder bei einigen Statistikern

mit sehr grossen Zahlen erscheinen, welche bei anderen nur geringe haben oder fehlen. Wenn z. B. bei einigen Autoren im Gegensatze zu anderen sich die Unterleibskrankheiten, Menstruationsanomalieen, Onanie, Tuberculose, Typhus mit so sehr hohen Zahlen geltend machen, so liegt hier einestheils vielfach eine Verwechselung der im Beginn und im Gefolge der Geistesstörung auftretenden Symptome mit deren Ursachen vor. Anderentheils handelt es sich um lange Jahre der geistigen Erkrankung vorhergegangene Processe, deren ursächliche Verbindung von anderen Psychiatern nicht zugegeben werden würde, oder vielleicht um zufällige Eigenschaften der Personen, die aus anderen Gründen geistig erkranken. Bezüglich einiger Eigenthümlichkeiten des Wiener Berichtes, welche Nachahmer gefunden haben, mögen noch Bemerkungen gemacht werden. Zunächst die Unterscheidung der psychischen Ursachen in exaltirende (zuweilen heisst es excitirende) und deprimirende Affecte. Die eigenthümliche Wirkung der Affecte richtet sich vielfach nach dem Individuum, welches die Einwirkung erfährt, man hat es daher nicht mit objectiven Eigenschaften der Affecte zu thun, auch lässt sich keine Uebereinstimmung dieser Angaben mit anderen entdecken. Ferner ist hier die Eigenthümlichkeit des Wiener Berichtes zu besprechen, die Gehirnkrankheit als Ursache der Geistesstörung anzunehmen, wenn sich keine andere Ursache nachweisen liess. Es dürfte dagegen das Verfahren anderer Statistiker ausschliesslich berechtigt sein, die Gehirnkrankheit — die in allen Fällen Ursache der Geistesstörung ist — nur in den Fällen als Ursache gelten zu lassen, wo sie sich ausser der Geistesstörung durch bestimmte, nicht als Folge derselben oder dieselbe wesentlich bedingendes, genau erkanntes anatomisches Substrat zu betrachtende Zeichen zu erkennen giebt. Endlich ist noch zuzugestehen, dass es durchaus rationell und Nichts dagegen einzuwenden ist, wenn sowohl diejenigen Momente, welche die primären Ursachen darstellen, als die durch jene veranlassten Durchgangsstadien im Organismus auf dem Wege der Erzeugung von Geisteskrankheiten berücksichtigt werden, also z. B. sowohl Noth und Elend, als auch die dadurch hervorgerufenen Ernährungsstörungen im Organismus. — Es ist dann weiter zu bemerken, dass auch bei exact ausgeführter ursächlicher Festsetzung eine Vergleichung der Intensität der einzelnen Ursachen mit einander durch Vergleichung ihrer Procentsätze nicht möglich ist. Es ist eine solche nur möglich durch einen Vergleich des Antheils der Fälle mit dieser Schädlichkeit an der Gesammtzahl der Geistesstörungen mit der Vertretung derselben Schädlichkeit in der Ge-

sammtheit der Bevölkerung. Da, wo für letztere kein Maass vorliegt, lässt sich in dieser Hinsicht keine exacte Abschätzung anstellen. — Es giebt dann weiter noch ein Verfahren, um die Wichtigkeit der in der Aetiologie beschuldigten Factoren nachzuweisen. Es besteht darin, gewisse weitere Eigenthümlichkeiten der Fälle mit bestimmten Ursachen gegenüber allen anderen, welche nicht mit denselben behaftet sind, nachzuweisen, z. B. bezüglich des Alters der Erkrankung, Heilbarkeit, Sterblichkeit, Formen etc. Hier bedarf es jener ersteren Beziehung nicht. Wir wollen einige Ursachen anführen, welche nach diesen Rücksichten, mit einem geringeren oder grösseren Grade von Annäherung, exactere Bearbeitung zulassen. Wir haben in dieser Beziehung bezüglich der Erblichkeit in den nachfolgenden Untersuchungen, mit Rücksicht besonders auf die Resultate der Irrenzählungen, auf die durchschnittliche Dauer der Geisteskrankheiten und die Zahl der Verheiratheten unter denselben nachgewiesen, dass bei einer Vertheilung, der Bevölkerung entsprechend, weniger als ⅛ pCt. aller Geisteskranken mit der Eigenschaft der directen Erblichkeit behaftet sein würden. Wir finden aber unter denselben 15' pCt. Es folgt daraus, dass die mit directer Erblichkeit Behafteten mehr als 8 × 15 = 120 mal mehr der Geistesstörung ausgesesetzt sind, als die Nichterblichen. Ein weiterer Beweis ergiebt sich dann aus der verschiedenen Gestaltung der Krankheit und dem Verlauf der erblichen Fälle bezüglich des Lebensalters der Erkrankung, der Genesungen, der Sterblichkeit, der Form etc., wie sich ergeben wird. In ähnlicher Weise lässt sich der Einfluss festsetzen, den ein erstmaliger Anfall von Geistesstörung auf wiederholte Erkrankung hat. Würde nämlich nach der erstmaligen Genesung die weitere Erkrankung in demselben Verhältniss erfolgen, wie bei der gesunden Bevölkerung, so lässt sich aus den Resultaten der Irrenzählung, der durchschnittlichen Dauer der Geisteskrankheiten und dem durchschnittlichen Intervall bis zum Eintritt des Rückfalles, wie sich aus unseren Ausführungen ergeben wird, berechnen, dass sie ⅛—⅛ pCt. 2te Erkrankungen stellen würden. Dagegen liefern sie wenigstens 40 pCt., so dass sich ergiebt, dass die zum erstenmal Genesenen circa 300 mal mehr einer 2ten Erkrankung ausgesetzt sind, als die ohne 1sten Anfall Genesenen. Ferner ergeben sich weitere Verschiedenheiten der Heilbarkeit, Sterblichkeit für die 2ten Anfälle entgegen den 1sten. — Betrachtet man von demselben Gesichtspunkte aus ein ätiologisches Moment, dessen Einfluss allgemein hoch angeschlagen wird, den Puerperalzustand, mit dem was vorhergeht und folgt. Hier

hat man ein ziemlich genaues Maass für sein Vorkommen in der Bevölkerung. Nach *Engel* (Statist. Ztschft. 1863. S. 40 u. 48) berechnet sich in der Provinz Westfalen für 1861 für 100 über 14jährige Frauen, welche hier, bezüglich der Geisteskrankheit, fast allein in Betracht kommen, 11,5 die geboren haben. Aehnlich sind die Angaben aus anderen Bevölkerungen. Es betrug ferner während 1861—64 unter 210 weiblichen Aufnahmen in Marsberg (nach Abzug der Epileptischen und Idioten) die Zahl der Puerperal-Geistesstörungen 29 = 13,8 pCt. Es mag dabei bemerkt werden, dass bei dieser Festsetzung etwas liberal verfahren wurde, indem drei Fälle von 9,9 und 11 Monaten nach der Entbindung während der Säugungsperiode, ferner 2 Fälle mit jahrelanger Krankheitsdauer, wo die betreffende Angabe des Fragebogens nicht controlirt werden konnte, hierher gerechnet sind. Bei einer grösseren statistischen Zusammenstellung fand dem entsprechend Verfasser auch niedrigere Werthe für den Antheil der Puerperalstörungen an der Gesammtzahl, so für Illenau (Bericht 1866) 8,5 pCt., bei anderen noch weniger. *Esquirol* giebt ebenfalls 8,5 pCt. an, für die Privatpraxis dagegen über 14 pCt. *Gundry* giebt für sehr grosse Zahlen aus amerikanischen, französischen und englischen Anstalten 9 pCt. an (Allg. psych. Ztschft. XIX. S. 412). Es würde demnach der Puerperalzustand keinenfalls einen besonders grossen Einfluss auf Hervorbringung von Geistesstörungen verrathen, wobei noch zu bemerken, dass nach späteren Beweisen die Geburten in dasjenige Lebensalter fallen, welches der Geistesstörung sehr günstig ist. Eine andere Bestimmung des vorliegenden Einflusses bestände darin, festzusetzen, unter wie viel Geburten ein Fall von Puerperal-Geistesstörung beobachtet würde. *Scanzoni* (Handbuch S. 993) giebt nach ziemlich grossen Zahlen 1 Fall auf 1,200—1,500 Geburten an. *Marcé* (Traité etc. S. 25) giebt bei kleinen Zahlen Data, die unter und über dieser Schätzung bleiben. *Gundry* (l. c.) giebt bei mittelgrosser Zahl (5,500 Fälle) 1 Geisteskranken auf 275 Geburten an. Da nun nach unseren späteren Ausführungen eine ziemlich hohe Schätzung 1 Fall von jährlicher Erkrankung an Geistesstörung unter 3,000 über 14jährige Individuen ergiebt, so würden, wenn man noch bedenkt, dass die Entbundenen die Gebärhäuser nach einigen Wochen verlassen, so dass die späteren Erkrankungen hier nicht zur Kenntniss gelangen, jene Angaben unsere Zahl immerhin überschreiten. Es ist jedoch dabei die Bemerkung von *Scanzoni* selbst zu erwägen, dass wahrscheinlich ein Theil dieser Fälle begleitende Delirien des Puerperalfiebers sind, von einem Theile der Fälle

bei *Marcé* ist ausserdem deren geringe Bedeutung und schnelles Vorübergehen hervorgehoben, während man es bei den Ergebnissen einer Provinzial-Irrenanstalt ausschliesslich mit schwereren, sich länger hinziehenden Formen zu thun hat. Wir haben daher auch nach dieser Berechnung keinen besonders wahrscheinlichen Grund, eine allzu grosse Abweichung von jener ersten Berechnung anzunehmen, vor Allem keine, die sich irgend vergleichen liesse mit der jener erst besprochenen Factoren. Gehen wir an den 2ten Gesichtspunkt, gewisse charakterisirende Eigenthümlichkeiten der Fälle von Puerperal-Geistesstörungen festzustellen. Wir sehen dabei natürlich wiederum von den Fällen von Phlebitis, Pyämie und sehr schnell vorübergehenden Anfällen ab. Als eine solche Eigenthümlichkeit dürfte die Zeit des Eintritts der Geisteskrankheit gelten, wobei immerhin die Sachlage so denkbar wäre, dass bei den gerade vorliegenden Dispositionen des Organismus eine aus anderen Gründen hinlänglich vorbereitete Störung nur bezüglich des Eintritts bestimmt würde. Im Uebrigen dürften sich bei genauer Erwägung des Alters, der Symptome, der Ausgänge, der pathologischen Anatomie keine besonders hervorragenden, jedenfalls keine so bezeichnende Eigenthümlichkeiten entdecken lassen, dass sie sich den, jenen erstgenannten Factoren entsprechenden, irgend vergleichen liessen. — Es ist endlich in der uns beschäftigenden Beziehung noch zu bemerken, dass gewisse Berufsklassen, Bevölkerungsschichten, local begrenzte Bevölkerungen, in denen gewisse Ursachen, z. B. Noth und Elend, Liederlichkeit etc. vorzugsweise vertreten sind, nach beiden auseinandergesetzten Beziehungen der Untersuchung zugänglich sind, und dass es hier auch am Platze ist, in zusammengesetzter Weise den Einfluss von Ursachen und Berufsarten zu untersuchen. Hier ist also das Berührungsmoment für die Statistik der Berufsarten und gelten die dort angeführten Cautelen.

Eine weitere Kategorie des Wiener Formulars ist die Aufenthaltsdauer in der Anstalt. Diese Bestimmung ist nach keiner Seite exact. Sie enthält nicht den Anfang der Krankheit, und bei den Geheilten auch nicht das Ende, welches verschieden weit vor dem Termine der Entlassung liegt. Will man daher nach dem mannigfachen, in der bezeichneten Richtung aufgehäuften Material wirklich die Kenntniss der Krankheitsdauer fördern, so bleibt nichts übrig, als den, wenn auch schwierigen, doch allein erspriesslichen Weg zu betreten und die Krankheitsdauer nach Anfang und Ende festzustellen.

Bezüglich der Rückfälle ist ohne Kenntniss der nach nicht

erfolgter Heilung wiederholt Aufgenommenen u. A. eine Verwerthung überhaupt nicht möglich. In Betreff der Religion, namentlich der christlichen Confessionen, dürfte man Grund haben, in höherem Grade, als man es bisher vielfach gethan hat, die Zahlen mit Kritik aufzunehmen und die Verschiedenheiten der Aufnahme- (sowie bei den Irrenzählungen der Ermittelungs-) Factoren hinlänglich anzuschlagen. Dasselbe gilt bezüglich der Provinzen.

Wenn also schon die einfachen Grössen, mit denen gerechnet werden soll, nicht exact sind, so sind es die Methoden der Rechnung eben so wenig. Beispielshalber mag erwähnt werden, dass, wie später gezeigt werden wird, die dort angewendete Berechnung für die Geheilten und Gestorbenen nach der Summa der Behandelten, im Gegensatze zu dem sonst in der Medicin Gültigen, keine exacten, nicht einmal vergleichbare Resultate liefert. Dies gilt in noch höherem Grade, wenn mehrere dieser ungenauen Positionen mit einander zur Rechnung verbunden werden. So z. B. bezüglich des Einflusses des Lebensalters der Genesenen und Gestorbenen. Hier enthalten für die erste Hinsicht z. B. die meisten Lebensalter alte Fälle, oft von länger als 30 Jahren, die längst bezüglich der Genesung in Rechnung gebracht sind, deren Zahl in verschiedenen Anstalten wechselt, und die älteren Altersklassen enthalten mehr als die jüngeren. In Betreff der Gestorbenen ist die erste Forderung, einen durchschnittlichen Bestand, also die festgesetzte bestimmte Beobachtungszeit, zu haben, nicht befriedigt. Dass in letzter Instanz bezüglich der Berechnung aller untersuchten Beziehungen der Aufnahmen die Verhältnisse der Bevölkerung in Frage kommen müssen, davon war vielfach die Rede.

Wenn nun hier und bei den in ähnlicher Weise zusammengestellten Statistiken noch mehrere von diesen Gruppen, welche in der dort ausgeführten Bearbeitung als inexact gelten müssen, mit einander verbunden werden, wie die Form, das Alter und die Aetiologie, so wird dadurch der Mangel an exacten, und deshalb hervortretenden und mit Anderen übereinstimmenden Resultaten noch grösser.

Die Veränderungen nun, welche dieses Wiener Formular auf dem internationalen statistischen Congress zu Wien (Compte-Rendu général etc. von *Engel*, Berlin 1863. S. 100) erlitten hat, sind keine Verbesserungen zu nennen. Um mit dem niedrigsten Begriff der Species der Tabelle zu beginnen, so sind zunächst einige wohl charakterisirte Formen, die Paralyse und das *delirium tremens* fortgelassen und nach Obigem mangelhaft geblieben. Die Formen

liefern 7 Spalten. Die höheren Abtheilungen sind zunächst die der Geschlechter: M., F., S. Eine weitere Theilung ist Heilbare, Unheilbare, S. Es dürfte darauf zu bestehen sein, dass einige Formen (z. B. Paralyse) ausgenommen, nur die Krankheitsdauer hierüber, soweit möglich, Auskunft giebt, und dass durch diese nothwendige Kategorie jene erledigt ist. Dann folgt die weitere Theilung in Zugang, Bestand, S., letztere Kategorie, mit Ausnahme der Unterabtheilung, in Heilbare, Unheilbare, S. Dies vermehrt die Arbeit in ungeheurem Grade ohne Nutzen. Es hat der Bestand einmal zu den Aufgenommenen gehört und ist so bezüglich seiner meisten Eigenschaften verwerthet. Dasselbe unfruchtbare — einige wenige Beziehungen ausgenommen — Material immer wieder vorzubringen, gereicht weder der Wissenschaft, noch dem Interesse zum Gewinn. Jetzt erst folgen die primären Spalten, 90 Kategorieen, welche fast genau mit denen des Wiener Formulars übereinstimmen. Dies macht zusammen $7 \times 3 \times 3 \times 2 \times 90 + 7 \times 3 \times 90 = 13{,}230$ einzelne Fächer, welche alle mit einer bestimmten Zahl ausgefüllt werden müssen, welche zum grössten Theil durch eine zeitraubende Arbeit aus den Einzelfällen festzustellen ist. Eine solche Arbeit ist für einen Irrenarzt eine ungeheure, der man sich um so weniger gern unterzieht, da nach Allem im Ganzen kein besonderer Nutzen davon zu erwarten ist. Dies würde aber immerhin nur ein Theil der Arbeit sein, da nach Obigem noch vielfach die einzelnen Kategorieen mit einander und die Verhältnisse der Bevölkerung speciell zu vergleichen sind. Es folgt dann nach jenem Tabellensystem noch ein zweites, die diagnostische Tabelle und eine Tabelle der Bewegung, beide Wiederholungen aus der ersten, und in letzterer noch dieselben Kategorieen für den Abgang. Die Vergleichsganzen zur Berechnung für letztere treten z. Th. nicht einmal hervor.

Unter diesen Umständen dürfte doch das Formular des Pariser internationalen statistischen Congresses (*Engel* l. c. S. 34) zu bevorzugen sein. Es giebt sich als das seit *Esquirol* überhaupt in Frankreich wesentlich befolgte zu erkennen. Zu den besprochenen Mängeln kommt hier ferner noch die Kategorie für die Monate der Aufnahme, welche offenbar verschieden von denen der Erkrankung sind. Die Vorzüge dieses Formulars bestehen zunächst darin, dass sie eine Tabelle einfacher Ordnung ist, so dass die Arbeit immerhin möglich ist. Die der wissenschaftlichen Statistik unterzogenen Beziehungen erstrecken sich, der Natur der Sache nach, nur auf die Aufnahmen und die Ausgeschiedenen und für erstere ohne weitere Unterabtheilung. Als besondere Verdienste

dieses Schemas muss hervorgehoben werden, dass die Statistik für den Cretinismus und die Idiotie, ferner, wenn auch nicht ebenso auffällig, wie es wenigstens für die erste der folgenden Formen sein sollte, die Epilepsie, die allgemeine Paralyse und das *delirium tremens* aus dem allgemeinen Cadre herausgelöst und als besonders zu bearbeiten hingestellt, endlich, dass ausserdem keine besondere Eintheilung der Formen gemacht ist. Auch tritt hier schon die Bedeutung des Alters für den Civilstand hervor. Ferner findet sich die Position für die Zahl der Verpflegungstage, womit das wichtige Factum des durchschnittlichen Bestandes gegeben ist. Endlich ist die Kategorie der Todesursachen nicht allein von hohem wissenschaftlichem, sondern auch von grossem praktischem Werthe zur Beurtheilung der hygieinischen Verhältnisse der Anstalt. Wendet man nun dieses Formular an, so befolgt man in der psychiatrischen Statistik die Methode, welche mit geringen Wandlungen, je nach dem subjectiven Standpunkte der Statistiker, nach den die Psychiatrie oder die Medicin im Allgemeinen beherrschenden Anschauungen, seit dem Beginn der psychiatrischen Statistik angewendet ist, woraus grösstentheils die Resultate in die betreffenden Paragraphen der Handbücher übergingen. Und doch ist seit Decennien von einigen Statistikern nach manchen Beziehungen hin auf eine exactere Methode gedrungen. Bereits in dem von der Allgemeinen Ztschft. für Psychiatrie aufgestellten Normalschema (Bd. I. S. 434) findet sich die Rubrik: Lebensalter zur Zeit der Erkrankung, und *Bernhardi* erkennt (Bd. II. S. 273) die Wichtigkeit desselben zur Zeit der ersten Erkrankung. Auch in dem Illenauer Bericht (1866) ist wieder dieselbe Forderung ausgesprochen. Von mehreren Forschern (*Thurnam*, der zuerst die Idee zu dieser Auffassung gegeben und die Bahn praktisch beschritten hat, *Damerow*, *Hoffmann*, *Stewart* [Journ. of ment. sc. 1865]) sind mit mehr oder weniger Exactheit Tabellen in diesem Sinne angefertigt worden. Bereits von *Thurnam* (Statistik der Retreat in *Julius*' Beiträgen etc.), *Stewart* und von manchen deutschen Irrenärzten, namentlich *Martini*, *Löwenhardt* (Ztschft. XXIII. Suppl.-Hft.), *Landenberger* (Bericht über Göttingen, 1866) bis in die neuere Zeit ist die Krankheitsdauer, also vom Beginne der Erkrankung an, festgestellt worden, theils für die Gestorbenen, theils für die zu einer bestimmten Zeit Lebenden, sowie der Genesenen. Es sind ferner von *Thurnam*, *Martini*, im Illenauer Bericht etc. exactere Beiträge für die Kenntniss der Rückfälle geliefert worden, als sie jene Schemata fordern etc. Man vermisst ferner in jenen Formularen einen in allen exact be-

arbeiteten Statistiken behandelten Punkt, die Krankheitsdauer vor der Aufnahme und den Einfluss derselben auf die Genesungen. Im Illenauer Bericht, nachdem schon früher Versuche nach derselben Richtung gemacht waren, findet sich eine bezüglich der Geisteskranken obigen Ansprüchen entsprechende allseitig umfassende Statistik der Ursachen, ebenso der Berufsstände, auch eine Beziehung der Ursachen auf die Berufsstände, auch sind beide Kategorieen nach den Ausgängen untersucht. Ebenso theilweise *Güntz*. Ferner findet sich im Illenauer Bericht wenigstens bezüglich einer Form, der *dem. par.*, eine vollkommen exacte Bearbeitung betreffs der Ursachen, der Profession, des Alters der Erkrankung, der Dauer der Krankheit bis zum Tode. Ferner hat *Thurnam* (namentlich nach Allg. psych. Ztschft. III. S. 677) in exacter Weise die anzuwendenden Methoden für die Berechnung der Genesungen und der Sterblichkeit beleuchtet, von denen wir in Folgendem die von ihm vorgeschlagene, für die Genesungen (nach den Aufnahmen) als die vorzüglichere, und die der Sterblichkeit (nach dem durchschnittlichen Bestand) als die allein zulässige nachweisen werden. Auch sind diese Methoden von einer Reihe englischer und auch einigen deutschen Anstalten vielfach angewendet worden. — Damit übereinstimmend, finden sich denn bei *Stewart* auch andere Berechnungen, z. B. Genesungen je nach dem Alter, in einfachster und natürlichster Weise zu dem Alter der Erkrankung, dem die Fälle angehörten, ausgeführt. — Es finden sich ferner, namentlich von *Jung* (Ztschr. XXI. u. XXIII.) und von *Stewart* (Journ. of ment. sc. 1863), über Ersteres noch von *Baillarger*, *Löwenhardt*, genauere Untersuchungen hauptsächlich über die Art und den Grad der Erblichkeit, väterlichen und mütterlichen Einfluss bei derselben, über das Lebensalter des Ausbruchs bei den erblich disponirten, Civilstand, die Rückfälle, Genesungen und Todesfälle bei denselben ausgeführt. Die Aufzählung dieser allerdings in unserem Sinne nicht immer exact gehaltenen Untersuchungen könnten wir bedeutend vermehren, wenn wir solche anführen wollten, die, wenn auch nicht exact den zu Grunde liegenden Thatsachen nach, jedoch eine vollkommen exacte Berechnung enthalten, wie sich z. B. im Illenauer Bericht (früher ähnlich bei *Bernhardi*) eine exacte Berechnung der Geheilten und Gestorbenen je nach den einzelnen Zeiträumen der Aufenthaltsdauer in der Anstalt zur Gesammtzahl der in den betreffenden Zeiträumen Verpflegten findet, ferner bei *Martini* (Bericht 1864. S. 75) die mittlere Dauer des Irreseins bei den aus Leubus ungeheilt ent-

lassenen noch Lebenden je nach dem Alter der Aufnahme in die Anstalt.

Wir bleiben daher dem Entwickelungsgange der psychiatrischen Statistik getreu, wenn wir, uns genau nach dieser Kritik richtend, im Folgenden eine Reihe von zum grössten Theile dem Gegenstande und der Methode nach, exacten Untersuchungen vorlegen. Sie betreffen die Erblichkeit, das Lebensalter, den Civilstand, die Krankheitsdauer bei Genesenen, die Procent-Verhältnisse der Genesungen überhaupt, je nach der Krankheitsdauer und je nach ihren Beziehungen zu den Rückfällen, dann die Rückfälle, und die Sterblichkeit. Es wird sich ergeben, dass mit Ausnahme des Civilstandes, wo die betreffenden Untersuchungen fehlen, sich überall ein bedeutender und durchgreifender Unterschied zwischen Erblichen und Nichterblichen herausstellt.

Wir haben zugleich das in der Literatur verbreitete Material, soweit es uns zugänglich war, über die behandelten Punkte verglichen. Es müssen die bereits vorhandenen Arbeiten der Fach-

Tab.

Bewegung der Anstalt vom Jahre

Anzahl der in der Provinzial-Irrenanstal

Im Jahre	Am Schusse des vorhergehenden Jahres war Bestand			Im Laufe des Jahres sind aufgenommen			Von den im Laufe des						
							geheilt			gebessert			unge-
	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer
1814—20	—	—	—	10	1	11	—	—	—	—	—	—	—
1821—25	10	1	11	7	3	10	—	—	—	—	—	—	—
1826—30	17	4	21	11	10	21	—	—	—	—	—	—	—
1831—35	28	14	42	46	19	65	7	1	8	1	1	2	1
1836	65	30	95	42	32	74	7	1	8	1	—	1	3
1837	87	58	145	44	28	72	14	5	19	1	—	1	2
1838	103	76	179	38	39	77	13	8	21	3	3	6	—
1839	117	92	209	55	23	78	16	5	21	7	3	10	14
1840	122	83	205	55	32	87	16	12	28	5	2	7	7
1841	128	91	219	38	31	69	20	12	32	5	3	8	5
1842	123	96	219	46	39	85	10	8	18	1	1	2	2
1843	145	109	254	57	44	101	27	17	44	2	3	5	5
1844	158	114	272	56	43	99	16	12	28	3	2	5	8
1845	168	127	295	67	39	106	29	13	42	2	3	5	9
1846	178	137	315	59	41	100	23	12	35	4	2	6	8
1847	183	142	325	63	48	111	20	17	37	4	—	4	29
Latus .	—	—	—	620	439	1,059	211	122	333	38	22	60	92

genossen der Grund sein, auf dem weitere Arbeiten sich aufbauen. Es sind Vergleiche nöthig, um durch Wiederholung die Constanz der Erscheinungen, oder die Gründe der Abweichung zu zeigen. In beiderlei Hinsicht wird man hinlänglich Rücksicht nehmen müssen auf die vielfach kleinen Zahlen, auf den Mangel an Einfachheit der zu Grunde liegenden Begriffe, an hinlänglicher Exactheit der befolgten Methoden. Es wird sich so mehrfach eine Prüfung der Basen ergeben, auf denen die bisherigen Annahmen der Wissenschaft beruhen. Es liegt daher auf der Hand, dass nicht Alles in dem Folgenden neu ist. Wenn dies auch nicht gerade das Interesse an der Arbeit erhöht, so wird es doch die Zuverlässigkeit der Resultate verbürgen und ihre allgemeine Berücksichtigung erleichtern.

Es bleibt mir hier noch die angenehme Pflicht, dem Herrn Sanitätsrath Director *Koster* für die mannigfache und bedeutende Unterstützung bei der Arbeit meinen Dank auszusprechen.

1.

1814 an, bis zum 31. December 1864.

zu Marsberg verpflegten Kranken:

Jahres Entlassenen waren:								Am Schlusse des Jahres befanden sich in der Anstalt			Durchschnittlicher Bestand nach Tagen berechnet		
eignet u. heilt		gestorben			Summa des Abgangs								
Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa
—	—	—	—	—	—	—	—	10	1	11	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	17	4	21	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	—	28	14	42	—	—	—
—	1	—	1	1	9	3	12	65	30	95	—	—	—
—	3	9	3	12	20	4	24	87	58	145	76	44	120
1	3	11	4	15	28	10	38	103	76	179	95,5	6[illegible],6	164,1
1	1	8	11	19	24	23	47	117	92	209	103,6	85,3	188,9
5	19	13	19	32	50	32	82	122	83	205	114,1	89,3	203,4
2	9	21	8	29	49	24	73	128	91	219	124,7	80,7	205,4
3	8	13	8	21	43	26	69	123	96	219	125,6	91,3	216,9
2	4	11	15	26	24	26	50	145	109	254	134,1	99,4	233,5
7	12	10	12	22	44	39	83	158	114	272	152,5	116,4	268,9
1	9	19	15	34	46	30	76	168	127	295	163,6	124,6	288,1
3	12	17	10	27	57	29	86	178	137	315	175,9	132,0	307,9
6	14	19	16	35	54	36	90	183	142	325	185,4	144,1	329,4
15	44	24	8	32	77	40	117	169	150	319	182,2	144,8	326,9
46	138	175	129	314	516	319	835	—	—	—	1633,2	1220,5	2853,4

Im Jahre	Am Schluse des vorhergehenden Jahres war Bestand			Im Laufe des Jahres sind aufgenommen			Von den im Laufe de[s]						
							geheilt			gebessert			[illegible]
	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer
Uebertrag	—	—	—	620	439	1,059	211	122	333	38	22	60	[illegible]
1848	169	150	319	59	51	110	26	16	42	3	3	6	5
1849	173	151	324	55	44	99	13	10	23	8	4	12	8
1850	182	152	334	62	29	91	26	12	38	7	8	15	7
1851	191	143	334	59	43	102	12	6	18	11	8	19	11
1852	189	149	338	66	44	110	20	13	33	9	12	21	9
1853	200	137	337	75	38	113	21	13	34	17	3	20	9
1854	211	141	352	92	51	143	19	15	34	10	3	13	21
1855	226	156	382	74	43	117	28	14	42	6	7	13	8
1856	222	151	373	80	52	132	24	11	35	5	11	16	10
1857	239	157	396	58	46	104	22	18	40	6	9	15	10
1858	241	162	403	60	38	98	17	11	28	7	7	14	6
1859	250	165	415	65	39	104	10	13	23	5	3	8	4
1860	271	172	443	59	47	106	19	7	26	8	4	12	15
1861	270	178	448	61	56	117	10	19	29	15	8	23	13
1862	277	177	454	79	57	136	19	24	43	25	9	34	18
1863	278	182	460	74	49	123	22	21	43	15	8	23	7
1864	282	187	469	89	55	144	25	16	41	28	13	41	[illegible]
Summa 1836 bis 1864 .	—	—	—	1,787	1,221	3,008	544	361	905	223	142	365	31[illegible]
Durchschnitt 1836—64 .	181	133,3	321,1	61,6	42,1	103,7	—	—	—	—	—	—	—
Summa 1814 bis 1864 .	—	—	—	1,861	1,254	3,115	551	362	913	224	143	367	32[illegible]

Es ergiebt sich sofort die geringe Bedeutung der Bewegung bis zum Jahre 1835, der Zeit der Eröffnung der Heilanstalt.

Von den 65 Aufnahmen der Periode von 1831 bis 1835 gehören 40 dem Jahre 1835 an. Der 1ste Abgang aus der Anstalt fand am 29. Juli 1835, die 1ste Genesung am 6. August 1835 statt, was hier ausdrücklich als bestimmtes Ergebniss der Anstaltsacten bemerkt wird. Die Zahl der Aufnahmen beträgt 3,115, 1,861 Männer und 1,254 Frauen.

In der Colonne 1—3 der Tabelle 2. (auf S. 134).
ist die Zahl der Aufnahmen nach längeren, meist 5jährigen Perioden zusammengestellt und in Colonne 4 das Anwachsen im Verhältniss zur unmittelbar vorhergehenden Periode, diese =100

ahres Entlassenen waren:									Am Schlusse des Jahres befanden sich in der Anstalt			Durchschnittlicher Bestand nach Tagen berechnet		
signet u. heilt		gestorben			Summa des Abgangs									
Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa
46	138	175	129	314	516	319	835	—	—	—	1633,2	1220,6	2853,4
8	13	21	23	44	55	50	105	173	151	324	167,1	151,5	318,6
7	15	17	22	39	46	43	89	182	152	334	178,10	148,4	327,4
5	12	13	13	26	53	38	91	191	143	334	183,4	150,7	334,0
4	15	27	19	46	61	37	98	189	149	338	193,4	140,1	333,5
9	18	17	22	39	55	56	111	200	137	337	199,6	144,9	344,4
6	15	17	12	29	64	34	98	211	141	352	202,6	134,7	337,3
6	27	27	12	39	77	36	113	226	156	382	219,6	147,2	366,9
7	15	36	20	56	78	48	126	222	151	373	225,3	156,9	382,2
6	16	24	18	42	63	46	109	239	157	396	231,2	154,6	385,8
6	16	18	8	26	56	41	97	241	162	403	240	158,8	398,8
2	8	21	15	36	51	35	86	250	165	415	245,7	162,9	408,7
5	9	25	11	36	44	32	76	271	172	443	253,3	166,5	419,8
17	35	15	13	28	60	41	101	270	178	448	263,9	172,8	436,7
19	32	16	11	27	54	57	111	277	177	454	271,5	174,4	445,9
8	26	16	11	27	78	52	130	278	182	460	275,2	184,6	459,8
3	10	26	12	38	70	44	114	282	187	469	287	183,7	470,7
10	85	27	18	45	155	57	212	216	185	401	269,2	184,5	453,7
174	505	538	389	927	1,636	1,066	2,702	—	—	—	5540,2	3937,7	9477,6
—	—	18,6	13,4	32,0	56,4	36,8	93,2	—	—	—	191,0	135,8	326,8
174	506	538	390	928	1,645	1069	2,714	—	—	—	—	—	—

dargestellt. Es ergiebt sich dann vom Jahre 1835 ab ein stetes Anwachsen mit Ausnahme der Zeit von 1856 bis 1860. Für die Zeit von 1861—64 betrug die Zunahme der Aufnahmen im Verhältniss zu 1836—40 = 168 : 100, während die Bevölkerung der Provinz Westfalen von 1838 (*Engel*'s Ztschft. I. Bd. S. 339) bis zum Jahre 1861 (Volkszählung) nur von 100 auf 120 gestiegen ist.

Wir werden einige specielle Beläge dazu beibringen, inwiefern diese Zunahme der Aufnahmen auf eine theilweise Abnahme von Vorurtheilen, grössere Popularität der Anstalt, erleichterten Verkehr, grössere Wohlhabenheit, grössere Liberalität einzelner Gemeinwesen in Betreff der Verpflegung ihnen Anheimfallender zu beziehen ist. Es betrug so von 1861—64 die durchschnittliche

Tab. 2. (vergl. S. 182 unten).

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
	Aufnahmen			Zunahme der Aufnahmen, Zahl der vorhergehenden Periode = 100	Proc. der Männer : Frauen = 100 : (bei Aufnahmen)	Zahl der Entlassungen			Procentsatz d. Abgangs v. Zugange : Frauen = 100 :
	Männer	Frauen	Summa			Männer	Frauen	Summa	
									pCt.
— 1835	74	33	107	—	45	9	3	12	11
1836 — 40	234	154	388	—	66	171	93	264	68
1841 — 45	264	195	459	118	74	214	150	364	75
1846 — 50	298	213	511	111	71	285	207	492	96
1851 — 55	366	219	585	114	60	335	211	546	93
1856 — 60	322	223	545	93	69	274	195	469	86
1861 — 64	303	217	520	119	72	285	210	495	95
Summa	1,861	1,254	3,115	von 1836 — 1840 bis 1861 — 1864 : 168	67	1,573	1,069	2,642	85

Zahl der jährlich Eingelieferten auf 100,000 Einwohner der Provinz 7,9 nach der Volkszählung von 1861, oder 1 auf 12,658 Einwohner. Vergleicht man den Abgang jeder Periode mit der Aufnahme derselben, so ergiebt sich aus Colonne 9 der Tabelle 2. ein stetes Steigen des Abgangs bis zur Periode von 1846—50. Von da an ein ziemliches Gleichbleiben, mit Ausnahme der Periode von 1856—60. Es scheint daher die Grösse des Abgangs durchweg der Grösse der Aufnahme zu entsprechen, und theilweise das jeweilige Mittel, der Ueberfüllung zu steuern, zu sein. Da die Höhe des Abgangs ohne die 72 im October 1864 nach Lengerich Uebergesiedelten 85 pCt. von den Aufnahmen beträgt, so ist dadurch ein Anwachsen des Bestandes von 95 (Bestand Beginn 1836) auf 473 (Bestand Ende 1864, mit jener Uebersiedelung) gegeben. Die Vergleichung des durchschnittlichen Bestandes der letzten 4jährigen Periode (452,5) mit der Bevölkerungszahl von 1861 ergiebt, dass auf 3,576 Einwohner der Provinz durchschnittlich 1 verpflegt ist.

Was das Verhältniss der Geschlechter bei den Aufnahmen betrifft, so ist es für die Frauen im Verhältniss von 100 für die

Männer in Colonne 5 der Tab. 1. dargestellt. Es ergiebt sich daraus, dass die Frauen bis zur Periode von 1841—45 stets zugenommen haben. Von da ist das Verhältniss zu den Männern mehr gleich geblieben, mit Ausnahme des Zeitraumes von 1851—55, wo es sehr niedrig stand. Für den ganzen Zeitraum von 1814—64 verhält sich die Zahl der Männer zu den Frauen = 100 : 67. Es ist dies nicht als das wirkliche Erkrankungsverhältniss der Geschlechter aufzufassen. Es lassen sich einige Gründe namhaft machen, welche auch bei uns ein stärkeres Erkranken des weiblichen Geschlechts wahrscheinlich machen, so die theilweise bei ihnen stärker vertretene Erblichkeit, dieser bei uns 40 pCt. der Gesammterkrankung betragende mächtige Factor, und die grössere Geneigtheit zu Rückfällen, obgleich die Zahl der in die Anstalt eingelieferten Rückfälle eine verhältnissmässig geringere war. Ein anderes, sonst noch dazu kommendes Moment für Vermehrung der weiblichen Erkrankungen, die absolut grössere Zahl der Frauen in der Bevölkerung, besonders in den mittleren Jahren, findet sich nach sogleich Vorzubringendem bei uns nicht. Wir werden eine Reihe von Belägen beibringen, welche dafür sprechen, dass jene erwähnten Hindernisse der Einlieferung in die Anstalt sich auf die Frauen, an welche sich eine grössere, hier falsche, Familienanhang[illegible] kettet, und welche zum Theil weniger störende Formen darbieten, vorzugsw[illegible] des Abgangs verhalten sich überall, jene 72 nicht in Abzug gebracht, die Männer : Frauen = 100 : 68. Es resultirt daraus, dass der Bestand am Ende des Jahres 1864 ein geringeres Verhältniss der Frauen ergiebt, als es den Aufnahmen von dem ganzen Zeitraume entsprechen würde, nämlich 100 : 64. Es ist dies etwas dem sonst in Irrenanstalten Vorkommenden, wie gleich nachzuweisen, Entgegengesetztes, da die Frauen in der Regel eine längere Verpflegungsdauer in Anspruch nehmen, in Folge dessen weniger abgehen und zu einem grösseren Bestande anwachsen.

Bei Berücksichtigung des ganzen Zeitraumes von 1836—1864 ist dies auch für Westfalen der Fall. Ueber den durchschnittlichen Bestand vor dem Jahre 1836, womit zugleich die Möglichkeit der Berechnung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer für diese Zeit gegeben ist, besitzen wir keine Nachrichten. Wir lassen daher für vorliegenden Zweck die Zeit vor 1836 ausser Berechnung, und zählen den im Anfang desselben vorhandenen Bestand zu den Aufnahmen. Es ergiebt sich dann aus der letzten Zeile der letzten Colonne der Tab. 1., dass der durchschnittliche Bestand der Männer : Frauen sich wie 191,0 : 135,8 = 100 : 71 verhält.

Will man aus der Tab. 1. die durchschnittliche Aufenthaltszeit

sämmtlicher Verpflegten ermitteln, so hat man die Summa aller Verpflegten in die Summa sämmtlicher Verpflegungsjahre zu dividiren. Die Summa der Verpflegten ist = dem Bestande im Beginne des Jahres 1836 plus aller seitdem Aufgenommenen. Die Summa der Verpflegungsjahre ist gleich der Summa aller durchschnittlichen Bestände. Habe ich nämlich während eines ganzen Jahres einen durchschnittlichen Bestand von 100, so fallen auf dieses Jahr offenbar 100 Verpflegungsjahre, auf 2 Jahre derselben Art 200 etc. Man hat daher nur nöthig, die Summa der durchschnittlichen Bestände seit 1836 zu addiren, um die Summa aller Verpflegungsjahre im Ganzen und für die Geschlechter zu bekommen. Dies ist in der vorletzten Zeile der letzten Colonne geschehen. Es beträgt nun die durchschnittliche Aufenthaltszeit

Tab.

Länder und Quellen.	Jährlich wurde aufgenommen auf gesunde Einwohner 1 Geisteskranker.	Jährlich wurde verpflegt 1 Geisteskranker auf gesunde Einwohner.
Provinz Schlesien (*Martini*, Anstalts-Bericht 1860 und 1864. S. 8 u. 57)	24,000. 1860 — [illegible]	[illegible]. 1862 in allen Anstalten; 4,776 in d. öffentlichen Anstalten allein Ende 1864 nach *Laehr* (Ztschr. Bd. XXII. S. 456) zur Bevölkerung von 1861.
Provinz Sachsen (*Damerow*, *Laehr*'s Ztschr. Bd. XXII. S. 219).	18,711. 1859 – 63.	4,139. 1859—63.
Rheinprovinz (Siegburg. Annalen, S. 294. Anstalts-Bericht 1862 und 64. S. 10 und 5).	10,411. 1860 — 63 blos in Siegburg.	2,326. 1860 in allen Anstalten der Rheinprovinz. In den Privatanstalten namentlich sind auch Ausländer, 3,162 in den öffentlichen Anstalten allein Ende 1864 nach *Laehr* (Ztschr. Bd. XXII. S. 456) zur Bevölkerung von 1861.

*) Die Bevölkerungsverhältnisse für die Preussischen Provinzen sind nach der Volkszählung von 1861 (*Engel*'s Ztschr. 1863.

im Ganzen 3,05 und zwar für die Männer 2,99, für die Frauen 3,15 Jahre. Im Grunde genommen ist dies letztere Geschlechtsverhältniss nur eine andere Ausdrucksweise für das oben angeführte Verhältniss, welches zwischen Aufnahmen und durchschnittlichem Bestande der Geschlechter stattfindet. Ueber das nicht mit dem Ganzen übereinstimmende Verhältniss der Geschlechter zu einander im Bestande am Schlusse des Jahres 1864, über die einzelnen Arten der Abgänge im Allgemeinen und speciell bei den Geschlechtern, wird später besonders die Rede sein.

Des Vergleichs halber haben wir die entsprechenden Verhältnisse für eine Reihe anderer Preussischer Provinzen, deutscher Staaten und einiger anderer Länder nach den uns zugänglichen Quellen in Tab. 3 dargestellt.

3.*)

Verhältniss der Geschlechter bei der Aufnahme. (Zugleich Verhältniss der Geschlechter in der Bevölkerung) in einem früheren Zeitraume.	in einem späteren Zeitraume.	Verhältniss der Geschlechter im durchschnittlichen Bestand.
Männer : Frauen = 100 : 88. (Aufnahmen in Leubus ... 33 Jahren.) In der Bevölkerung Männer : Frauen = 100 : 106,4; von 20—30 Jahren 100 : 115,9.	Männer : Frauen = 100 : 90. [illegible] in Leubus von 1860—[illegible]	Männer : Frauen =
100 : 70. (Aufnahmen der letzten 20 Jahre.) Bevölkerung M. : Fr. = 100 : 100,2; von 20—30 Jahren = 100 : 101,3.	100 : 88. Aufnahmen von 1859 bis 1863.	100 : 87. Durchschnitts-Bestand vor 1859—63.
100 : 57. (1825—36 Aufnahmen in Siegburg) Bevölkerung M. : Fr. = 100 : 96,3; von 20—30 Jahren = 100 : 101,4.	100 : 93. 1860—63 Aufnahmen in Siegburg.	

S. 40 und 42), letztere Militair), die anderen aus *Kolb* (Handbuch der vergleichenden Statistik, 1865) entnommen.

Länder und Quellen.	Jährlich wurde aufgenommen auf gesunde Einwohner 1 Geisteskranker.	Jährlich wurde verpflegt 1 Geisteskranker auf gesunde Einwohner.
Provinz Westfalen.	12,658. 1861—64.	3,576. 1861—64*) in Marsberg allein.
Baden (Illenau, 1865).	4,333. 1860 — 64 nur in Illenau.	1,487. In Illenau und Pforzheim allein nach dem Illen. Bericht 1866.
Königreich Sachsen (*Laehr*'s Ztschr. Bd. XXI. S. 334).	10,398. 1858—62 nur in Sonnenstein.	1,436. In den öffentlichen Anstalten; (ebenda zu derselben Zeit in den öffentlichen Anstalten 1 : 1,199; in allen Ansthlten 1 : 1,120 im Verhältniss zur Bevölkerung von 1864.)
Frankreich, Paris (Ztschr. VII. S. 356. Bd. XXI, *Dagonet*, Handbuch Tafel).		1,330. (1859 *Dagonet*.) 1,099. (1862 *Snell*.)
England (Ztschr. XX. S. 279. Bd. XXII. S. 82. Bd. II. S. 133. Bd. VI. S. 107. Bd. XX. S. 281).	2,172 Aufnahmen 1860.	766. 1. Januar 1862.

*) Bei *Laehr* findet sich die Zahl der Ende 1864 in den öffentlichen Anstalten Westfalens untergebrachten Geisteskranken auf 647 angegeben. Hier waltet ein Irrthum ob, wahrscheinlich dadurch hervorgebracht, dass alle in Gesecke Verpflegte als Geisteskranke genommen sind. Nach von der hiesigen Direction eingezogenen Nachrichten waren in sämmtlichen öffentlichen Anstalten Westfalens gegen Anfang 1866 — 566 (321 M., 235 Fr.). In sämmtlichen Krankenhäusern mit Einschluss jener von *Laehr*

Verhältniss der Geschlechter bei der Aufnahme. (Zugleich Verhältniss der Geschlechter in der Bevölkerung)		Verhältniss der Geschlechter im durchschnittlichen Bestand.
in einem früheren Zeitraume.	in einem späteren Zeitraume.	
Männer : Frauen. 100 : 67. (1814—64.) Bevölkerung M. : Fr. = 100:96,4; von 20—30 Jahren = 100 : 101,6.	Männer : Frauen. 100 : 72. 1861—64.	Männer : Frauen. 100 : 66 (1861—64). 100 : 71 (1836—64).
100 : 94. (Aufnahme in Illenau 1842 bis 1864.) Bevölkerung 100 : 102,4.	100 : 96. Aufnahmen in Illenau von 1860—64.	100 : 119. In Illenau 1860—64.
100 : 86. 1838—62 in Sonnenstein.) Bevölkerung 100 : 104.	100 : 106,5. 1858—62.	
100 : 106. (1849. Bicêtre Salpêtr.)	100 : 115. 1852 ibid.	100 : 155. 1859 ibid. *Dagonet.*
100 : 105. (1860.) völkerung von 21—25 ahren = 100 : 109,52.		100 : 104 = 1844 unter den in ganz England wohnenden Geisteskranken. 100 : 89 = 1844—47 unter den Geisteskranken in Anstalten (*Schlemm*'s Bericht). 100 : 114 = Durchschnitt von 1854—58 in Anstalten.

citirten 35 in Telgte, 86 (18 M., 54 Fr., bei 14 Geschlecht nicht angegeben), S. 642 (339 M., 289 Fr., 14 unbekannt). Dies macht 1 Verpflegten auf 2,595 Einwohner nach der Volkszählung von 1864. Als überhaupt aus Westfalen (auch in ausländischen Anstalten) Verpflegte ergab jene Ermittelung 694 (349 M., 292 Fr., 53 unbekannt). Doch ist aus Gründen, deren Erörterung hier zu weitläufig sein würde, dieses letzte, dann auch das vorhergehende Resultat nicht genau.

Länder und Quellen.	Jährlich wurde aufgenommen auf gesunde Einwohner 1 Geisteskranker.	Jährlich wurde verpflegt 1 Geisteskranker auf gesunde Einwohner.
Retreat (Ztschr. XV. Bd. S. 204).		
Niederlande (Verslag over d. Gestichten voor Krankzinnigen, 1860—63. S. 242. *Kolb* (Bevölkerungszahl von 1863).	4,776. 1860—63.	1,405. 1863.
Belgien (Ztschr. XVI. S. 511. Bd. XIII. S. 146. Bd. XX. S. 304).	3,153. 1860 nach dem 7. Bericht S. 15.	1,270. 1853. 969. 1860.

Aus Colonne 1 ergiebt sich die Zahl der jährlich in Anstalten Aufgenommenen, aus der 2. der durchschnittlich Verpflegten im Verhältniss zur betreffenden Bevölkerung. Das Verhältniss der Aufgenommenen hat bei den Bevölkerungsganzen mit Heilanstalten nicht genau ermittelt werden können, so dass hier nur die in die Heilanstalt Aufgenommenen in Rechnung gezogen sind. Das Verhältniss der Aufgenommenen zu den Verpflegten ist übrigens kein constantes. Die 4 betreffenden Preussischen Provinzen folgen sich nun in Hinsicht der durch die Anstalten gebotenen Heilung und Pflege der Irren in folgender Reihenfolge: Rheinprovinz, Westfalen, Sachsen, Schlesien. Die anderen in Betracht gezogenen deutschen Staaten übertreffen alle Preussischen Provinzen bedeutend; unter sich ist Sachsen überwiegend betreffs der durchschnittlich in Anstalten Verpflegten, Baden bezüglich der Aufgenommenen. Sämmtliche in Betracht gezogene ausserdeutsche Staaten übertreffen, obgleich das Jahr der Bestimmung zum Theil ziemlich zurückliegt, in beider Hinsicht sämmtliche Preussische Provinzen, zum Theil auch Baden und Sachsen. Speciell hoch stehen Belgien, Frankreich und vor Allem England. Es dürften diese Zahlen einen Maassstab der Intelligenz und Wohlhabenheit mit Prävalenz der ersteren, der betreffenden grossen Gemeinwesen abgeben, wie sie sich betreffs der Qualität und Quantität der Irrenversorgung äussern.

Bezüglich der 3. und 4. Colonne der Tabelle 3, das Verhältniss der Geschlechter zu einander bei den Aufnahmen darstellend, die 1. in einer früheren, die 2. in einer späteren Periode, erfordert

Verhältniss der Geschlechter bei der Aufnahme. (Zugleich Verhältniss der Geschlechter in der Bevölkerung)		Verhältniss der Geschlechter im durchschnittlichen Bestand.
in einem früheren Zeitraume.	in einem späteren Zeitraume.	
Männer : Frauen = 100 : 111. (Aufnahmen von 60 Jahren.) 100 : 99. (1844—63) Bevölkerung von 21 — 25 Jahren M. : Fr. = 100 : 103,93.	Männer : Frauen = 100 : 102. 1854—63.	Männer : Frauen = 100 : 139. Durchschnittszahl. 100 : 107. 1863.

einige Rücksichtnahme auf die Vertheilung der Geschlechter in der Bevölkerung überhaupt, speciell in dem am meisten für die Erkrankung günstigen Lebensalter, als welches nach Späterem das von 15 bis 50 (besonders 21—25) zu betrachten ist. Nachdem *Oesterlen* (Handbuch der medic. Stat. S. 186) eine Uebersicht von 11 europäischen Ländern gegeben hat, giebt er das Mittel der Männer : Frauen im Allgemeinen bei diesen auf 100 : 102,73 und für das 21.—25. Lebensjahr, nachdem bis dahin das entgegengesetzte Verhältniss stattgefunden, auf 100 : 106,85 an. Von da tritt ein allmähliges Abfallen der Frauen bis zur Stufe von 40 bis 50 Jahren ein, wo das Verhältniss gleich 100 : 101,70 ist. Von da an wieder ein Steigen der Frauen. In einzelnen Ländern ist das Verhältniss der Geschlechter zu einander und speciell in den mittleren Lebensjahren ein verschiedenes. Es ist daher in der 3. Colonne für die betreffenden Staaten und Provinzen speciell angegeben, wo die Zahl vorlag, für das Lebensalter von 21—25 Jahren, 20—30 und für die Bevölkerung im Ganzen. Speciell ist noch zu bemerken (*Oesterlen*, S. 184), dass in grossen Städten und dicht bevölkerten, industriellen Bezirken das weibliche Geschlecht im Allgemeinen bedeutend überwiegt, sowohl unter der Gesammtbevölkerung, als auch insbesondere den mittleren Altersklassen. Es stellt sich nun bei genauer Betrachtung des Verhältnisses der Männer : Frauen für die einzelnen Provinzen und Staaten heraus, dass die Vertheilung der Geschlechtsverhältnisse in der Bevölkerung für die Betheiligung an den Aufnahmen nicht maassgebend

sind, und dass nirgendwie ein entsprechendes Verhältniss stattfindet. Die Rheinprovinz, welche unter den preussischen Provinzen mit Westfalen am niedrigsten bezüglich der Betheiligung der Frauen in der Bevölkerung steht, überragt sie für die letztere Periode bezüglich der Betheiligung der Frauen an den Aufnahmen alle, Baden und das Königreich Sachsen, bezüglich des Frauen-Antheils in der Bevölkerung niedriger stehend, als manche preussische Provinz, übertreffen diese in Bestreff des Frauen-Antheils an den Aufnahmen. Vor Allem die Retreat und England, welche allerdings auch für die Bevölkerung höhere Frauen-Antheile stellen, würden die anderen Angaben noch bedeutend überwiegen, wenn man die entsprechenden Aufnahmeverhältnisse auf den gleichen Werth brächte. Dasselbe gilt für die Angaben der Hauptstädte, von Paris und z. B. des Bethlehem-Hospitals, welches von 1846 bis 1855 (Zeitschrift XX. S. 287) die Männer: Frauen = 100: 156 darbot bei den Aufnahmen. Dieselbe Stufenfolge der einzelnen Gemeinwesen findet sich, soweit sie nachgewiesen werden konnte, bezüglich der Aufnahme- und Verpflegungszahl ihrer Geisteskranken. Ferner ist eine ausnahmslose Regel, dass, wo in denselben Ländern ein früherer oder späterer Zeitraum bestimmt ist, für welche die entsprechenden Bevölkerungsverhältnisse sich schwerlich irgendwie namhaft geändert haben, der spätere ein stärkeres Contingent der Frauen stellt. Am auffallendsten ergiebt sich dies für die Rheinprovinz, wo die Zahl der Frauen von 57 auf 93 gestiegen ist, Königreich Sachsen von 86 auf 106,5, Paris von 106 auf 115 etc.

Es ist dieses Alles ein Beleg dafür, dass das Verhältniss der Frauen zu den Männern ein gutes Reagens für den Grad der Irrenfürsorge einer Bevölkerung, und jener eben genannten Factoren, aus denen dieselbe resultirt ist. Eine Ausnahme hiervon findet sich nur da, wo in Schlesien durch den künstlichen Mechanismus der Heilanstalt ein anderes Verhältniss geschaffen wird. Man wird gegen diese grundsätzliche Anschauung nicht die Resultate der Irrenzählung in der Bevölkerung geltend machen, welche in einigen Ländern, wie auch in Westfalen bei *Ruer*'s Irrenzählung (Männer : Frauen = 100 : 70,5) ein theilweise nicht unbedeutendes Uebergewicht der Männer ergab. Jener Mangel intelligenter Auffassung und des Interesses, welcher die Einlieferung der Erkrankten in die Anstalt und vorzugsweise der Frauen verhindert, macht sich auch bei der Irrenzählung geltend.

Die letzte Colonne stellt das Verhältniss der Geschlechter in dem durchschnittlichen Bestande dar, wobei der Einfachheit wegen

nur eine letzte mehrjährige Periode angeführt ist, worin sich bei gleichen Verhältnissen die bezüglichen Differenzen am meisten offenbaren müssen. Sie dient theils zur Bestätigung des eben Gesagten — wie z. B. das Anwachsen der Frauen in England nach *Schlemm*'s Bericht im Jahre 1844—47 bis in die gegenwärtige Zeit ein auffallendes Beispiel erhöhter Irrenfürsorge darstellt; — theils ergiebt sich mit Evidenz die Thatsache, dass das Verhältniss der Frauen : Männern im Bestande überall grösser ist, als es den Aufnahmen der Zeit entsprechen würde, aus welchen sich jener Bestand gebildet hat. Es gilt dies wenigstens überall da, wo die Ungeheilten sich einigermaassen anhäufen und nicht wie in einigen Heilanstalten künstliche Verhältnisse geschaffen werden. Eine Ausnahme macht in dieser Hinsicht nur Westfalen mit einem geringeren Procentsatz für die Frauen. Aus Allem ergiebt sich, dass die Provinz Westfalen der Rheinprovinz, in höherem Grade einigen andern deutschen Staaten und am meisten Belgien, Frankreich und England in der Fürsorge für Geisteskranke, und in der entsprechenden zweckmässigen Benutzung bis zum Jahre 1864 nachgestanden hat.

Tab.

Aufnahmen nach einzelnen Re-

	1.			2.			3.			4.			
	1814–35.			1836—40.			1841–45.			1846—50.			1851
	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer
Reg.-Bez. Münster.													
Stadt Münster	2	2	4	14	11	25	12	13	25	21	8	29	25
Landkreis Münster	2	2	4	1	4	5	8	1	9	9	3	12	5
Kreis Ahaus	1	1	2	3	5	8	6	4	10	3	3	6	6
- Beckum	—	1	1	3	2	5	2	3	5	11	10	21	7
- Borken	1	—	1	5	5	10	4	1	5	3	4	7	9
- Coesfeld	2	1	3	7	6	13	5	6	11	3	—	3	4
- Lüdinghausen	2	—	2	5	—	5	2	3	5	3	4	7	6
- Recklinghausen	2	1	3	9	2	11	15	5	20	8	4	12	8
- Steinfurt	3	—	3	5	2	7	4	6	10	9	—	9	9
- Tecklenburg	2	1	3	13	9	22	8	9	17	6	5	11	4
- Warendorf	—	—	—	6	4	10	7	4	11	13	11	24	7
Reg.-Bez. Minden	17	9	26	71	50	121	73	55	128	89	52	141	90
Kreis Minden	1	1	2	8	6	14	10	9	19	3	7	10	8
- Bielefeld	3	—	3	3	2	5	11	7	18	14	6	20	12
- Büren	2	2	4	7	2	9	7	4	11	9	3	12	12
- Halle	—	1	1	2	3	5	3	2	5	7	3	10	5
- Herford	2	—	2	8	2	10	4	2	6	10	12	22	14
- Höxter	6	—	6	3	2	5	6	2	8	9	11	20	17
- Lübbecke	—	—	—	4	1	5	6	1	7	8	1	9	7
- Paderborn	3	1	4	5	5	10	5	5	10	12	7	19	13
- Warburg	1	—	1	4	2	6	3	1	4	3	4	7	5
- Wiedenbrück	2	1	3	7	6	13	11	2	13	12	6	18	9
Reg.-Bez. Arnsberg.	20	6	26	51	31	82	66	35	101	87	60	147	102
Kreis Arnsberg	2	4	6	7	2	9	4	5	9	11	11	22	10
- Altena	4	2	6	6	11	17	15	10	25	9	15	24	19
- Bochum	1	2	3	3	1	4	6	4	10	5	6	11	18
- Brilon	4	2	6	9	4	13	8	6	14	11	2	13	11
- Dortmund	—	1	1	8	4	12	3	7	10	10	6	16	7
- Hagen	4	1	5	3	2	5	9	9	18	22	13	35	18
- Hamm	3	—	3	9	4	13	13	10	23	7	12	19	11
- Iserlohn	1	—	1	9	5	14	5	8	13	7	3	10	18
- Lippstadt	1	1	2	5	4	9	6	4	10	2	4	6	8
- Meschede	1	—	1	4	2	6	3	4	7	3	6	9	5
- Olpe	6	2	8	9	4	13	4	1	5	10	4	14	11
- Siegen	1	1	2	1	6	7	5	7	12	8	11	19	16
- Soest	4	1	5	12	8	20	8	6	14	7	6	13	16
- Wittgenstein	1	1	2	2	—	2	6	3	9	5	2	7	4
	33	18	51	87	57	144	95	84	179	117	101	218	172
Ausland	4	—	4	25	16	41	30	19	49	4	—	4	1
Unbekannt	—	—	—	—	—	—	—	2	2	1	—	1	1
Summa	74	33	107	234	154	388	264	195	459	298	213	511	366

…rungs-Bezirken und Kreisen.

		6.			7.			8.			9.	10.			11.		
… 1855		1856—60			1861—64.			Summa 1814—64.			Auf 100,000 E. jährlich Aufn.	Summa 1814-45.			Summa 1846—64.		
…	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa		Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa
4	29	20	4	24	15	11	26	109	53	162	20,5	28	26	54	81	27	108
—	5	5	5	10	11	6	17	41	21	62	5,2	11	7	18	30	14	44
2	8	9	1	10	3	5	8	31	21	52	4,2	10	10	20	21	11	32
2	9	7	3	10	13	3	16	43	24	67	5,9	5	6	11	38	18	56
3	12	2	—	2	5	3	8	29	16	45	3,6	10	6	16	19	10	29
5	9	7	3	10	7	1	8	35	22	57	4,6	14	13	27	21	9	30
3	9	2	3	5	4	2	6	24	15	39	3, 4	9	3	12	15	12	27
3	11	9	3	12	8	4	12	59	22	81	5,6	26	8	34	33	14	47
2	11	4	4	8	6	1	7	40	15	55	4,2	12	8	20	28	7	35
4	8	6	7	13	8	6	14	47	41	88	6,9	23	19	42	24	22	46
4	11	5	1	6	7	1	8	45	25	70	6,9	13	8	21	32	17	49
32	122	76	34	110	87	43	130	503	275	778	—	—	—	275	—	—	503
10	18	13	8	21	12	8	20	55	49	104	5,2	19	16	35	36	33	69
6	18	7	3	10	10	3	13	60	27	87	6,1	17	9	26	43	18	61
4	16	7	10	17	7	4	11	51	29	80	6,10	16	8	24	35	21	56
7	12	10	2	12	5	2	7	32	20	52	5,7	5	6	11	27	14	41
3	17	15	5	20	15	6	21	68	30	98	4,8	14	4	18	54	26	80
6	23	11	6	17	7	5	12	59	32	91	6	15	4	19	44	28	72
5	12	4	5	9	4	4	8	33	17	50	3,4	10	2	12	23	15	38
11	24	17	19	36	10	9	19	65	57	122	17	13	11	24	52	46	98
1	6	7	6	13	7	2	9	30	16	46	4,5	8	3	11	22	13	35
9	18	11	9	20	13	5	18	65	38	103	8,4	20	9	29	45	29	74
62	164	102	73	175	90	48	138	518	315	833	—	—	—	209	—	—	624
9	19	8	16	24	8	7	15	50	54	104	9,8	13	11	24	37	43	80
9	28	6	7	13	3	13	16	62	67	129	9,5	25	23	48	37	44	81
4	22	10	7	17	12	15	27	55	39	94	4,8	10	7	17	45	32	77
8	19	6	7	13	14	3	17	63	32	95	8,3	21	12	33	42	20	62
6	13	20	8	28	17	16	33	65	48	113	5,4	11	12	23	54	36	90
22	40	21	14	35	13	18	31	90	79	169	7	16	12	28	74	67	141
8	19	8	7	15	10	5	15	61	46	107	7,6	25	14	39	36	32	68
12	30	11	8	19	14	11	25	65	47	112	8,6	15	13	28	50	34	84
9	17	11	5	16	8	8	16	41	35	76	7,5	12	9	21	29	26	55
6	11	5	1	6	8	5	13	29	24	53	5,6	8	6	14	21	18	39
6	17	11	5	16	6	2	8	57	24	81	11	19	7	26	38	17	55
14	30	16	15	31	6	11	17	53	65	118	8,4	7	14	21	46	51	97
8	24	5	12	17	3	8	11	55	49	104	7,4	24	15	39	31	34	65
2	6	4	2	6	4	4	8	26	14	40	6,3	9	4	13	17	10	27
23	295	142	114	256	126	126	252	772	623	1,395	—	—	—	374	—	—	1,021
2	3	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
—	1	1	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	585	322	223	545	303	217	520	1,861	1,254	3,115	—	—	—	—	—	—	—

Die Tabelle 4 enthält die Aufnahmen in die Anstalt je nach einzelnen Regierungs-Bezirken und Kreisen. Es ist dabei zu bemerken, dass die verhältnissmässig wenigen Gefangenen in die Kreise eingereiht sind, worin die Strafanstalten liegen, also Stadt und Landkreis Münster, Herford und Bielefeld; die Soldaten meist nach derselben Methode, also meist nach Münster, Minden, die aus dem Correctionshause Ueberlieferten nach Soest. Die Zahl sämmtlicher so Eingelieferten ist verhältnissmässig sehr unbedeutend, wie namentlich aus den Zahlen der Frauen der betreffenden Kreise, die fast gar nicht dadurch betroffen werden, hervorgeht. Die kleinen unvermeidlichen Unregelmässigkeiten, die sonst noch vorliegen, sind von keinem Gewicht. —

Es handelt sich bei der folgenden Untersuchung darum, einzelne von den Bedingungen kennen zu lernen, welche eine erhöhte oder verringerte Aufnahme aus den einzelnen Kreisen im Verhältniss zur Bevölkerung bedingen. Sämmtliche folgende Berechnungen sind so gemacht worden, dass sie sich auf jährliche Aufnahmen auf 100,000 Einwohner beziehen. Die Summe der 4-, 5- und 10jährigen Perioden sind durch 4, 5 und 10 getheilt. Bei den Zahlen, die sich auf den ganzen Zeitraum des Bestehens der Anstalt bezogen, ist durch 30 getheilt, da die vor 1834 liegende Zahl der Einlieferungen in Beziehung zur ganzen Summe eine sehr geringe ist. Die betreffenden Angaben der Bevölkerung sind genommen aus *Engel's* Zeitschrift des Preussischen statistischen Büreaus (bezeichnet in Folgendem mit „Ztschft.") und aus dem Jahrbuch der amtlichen Statistik 1862 (bezeichnet mit „Jbuch."). Das Jahr, nach dessen Bevölkerung gerechnet ist, ist meist in Klammern mit den Endzahlen über die bezeichnete Ziffer gesetzt. Es befinden sich (Ztschft. 61. S. 25) Bevölkerungszahlen von 1831, 40, 49, 58 für die einzelnen Regierungs-Bezirke. Bringt man mit der mittleren Bevölkerung dieser Angaben die durchschnittlich jährlichen Aufnahmen der einzelnen Regierungs-Bezirke in Verbindung, so ergiebt sich für Münster auf 100,000 Einwohner an jährlichen Aufnahmen 6,02, für Minden 6,03, für Arnsberg 8,30. Es stellt sich also ein nicht unbedeutendes plus für den Regierungs-Bezirk Arnsberg heraus, wenn dies auch nicht so bedeutend ist, als es nach den wirklichen Aufnahmen scheint, welche für Münster 778, Minden 833, Arnsberg 1,395 ergeben. Dieses plus für den Regierungs-Bezirk Arnsberg könnte darin seinen Grund haben, dass die Anstalt in ihm liegt, die Anstalt daher populärer geworden und der Transport der Kranken dahin erleichtert sei, es könnte auch in der alt befestigten und neu aufgekommenen Industrie eines

Theiles dieses Regierungs-Bezirks liegen. Letzteres könnte, wenn man vorläufig von einem etwaigen Einfluss auf vermehrte geistige Erkrankung absieht, auf der einen Seite eine grössere geistige Regsamkeit, ein geringeres Kleben an der Scholle und engherzigen häuslichen Beziehungen, ein erleichtertes Herausgeben erkrankter Familienglieder in die zweckmässigere Anstaltspflege, andererseits eine grössere Geneigtheit und wegen grösserer Wohlhabenheit der Gemeinden auch Fähigkeit derselben zur Uebernahme der Verpflegungskosten bedingen, welche für arme Kranke jährlich 45 Thlr. betragen. Betreffs der grösseren Wohlhabenheit ist zu bemerken (Cöln. Ztg. 1866 Nr. 28): Das höchste zinsbar angelegte Vermögen aller Sparkassen fällt auf den Regierungs-Bezirk Arnsberg, 53 städtische Sparkassen mit 11 Millionen; viel weniger Minden, zuletzt Münster.

Verfolgt man die Zunahmen der Einlieferung aus der ganzen Provinz in einzelnen Zeiträumen, so ergiebt sich auf 100,000 Einwohner folgende jährliche Aufnahmeziffer (die Bevölkerungszahlen sind bis auf die letzte nach Ztschft. S. 339 genommen).

bis 1835	— 40	— 45	— 50	— 55	— 60	— 64
(30)	(38)	(43)	(48)	(53)	(58)	(61 Volkszählung)
0,4	5,2	5,7	7	7,5	6,9	7,9

Es ergiebt sich also eine fast ununterbrochene Zunahme der Aufnahmen im Verhältniss zur Bevölkerung. Am auffallendsten ist sie während der Periode von 1835—40, was offenbar von der Eröffnung der Heilanstalt im Jahre 1835 herrührt. Eine weitere nicht unbedeutende Steigerung ergiebt sich in der Periode von 1846—50. Es waren um diese Zeit weitere Neubauten, das Gebäude für Tobsüchtige und das Oekonomie-Gebäude, eben vollendet. Es fallen jedoch in diese Periode noch einige andere etwa Einfluss habende Momente, wovon sogleich die Rede. Das Anwachsen ist dann weiter ein ganz gleichmässiges, mit Ausnahme der Periode von 1856—60, wo ein geringes Fallen stattfindet. Nach den einzelnen Regierungs-Bezirken, soweit die vorliegenden Bevölkerungszahlen (Ztschft. S. 25) einen Vergleich zulassen, ergiebt sich Folgendes:

	36—45	46—55	56—60	61—64
	(40)	(49)	(58)	(61 Volkszählung)
Reg.-Bez. Münster	6,5	6,2	5	7,9
- - Minden	4,1	6,7	7,6	7,3
- - Arnsberg	6,1	8,8	7,6	8,9

Die Zunahme des Regierungs-Bezirks Minden von 46—55 spräche also für den Einfluss der erleichterten Communication

durch die Cöln-Mindener Bahn (die gegen 1846 eröffnet wurde), eine wie geringe Macht, anderen einflussreichen Momenten gegenüber, darauf zu legen ist, ergiebt sich daraus, dass Münster und Arnsberg vom Jahre 1856 an, sogar eine Abnahme zeigen, obgleich im Jahre 1853 die Westfälische Eisenbahn eröffnet wurde, welche den Regierungs-Bezirk Münster und viele Kreise des Regierungs-Bezirks Arnsberg in ausserordentlich erleichterte Communication mit der Anstalt brachte. Was das bedeutende Steigen von Arnsberg in der mit 1846 beginnenden Periode betrifft, so könnte man zunächst den Grund in der Art der Berechnung suchen, indem das Jahr 1849 als Bevölkerungszahl genommen ist, welches vielleicht für den Zeitraum von 1846—55 eine zu niedrige Zahl ergiebt. Doch dürfte dies allein nicht ausreichen. Wahrscheinlich ist hier der in dieser Periode liegende industrielle Aufschwung in einigen Kreisen mit den oben besprochenen Folgen von Einfluss. In der Periode von 56—60 ist eine Abnahme bemerkbar in Münster und Arnsberg. In Münster ist sie vielleicht aus dem Umstande erklärbar, dass sowohl im Jahre 1858 als auch 61 die Volkszählung eine sehr geringe Zunahme der Einwohnerzahl ergab, woraus man vielleicht auf ein geringeres Zutagetreten des Wohlstandes mit der grösseren Zähigkeit der Verpflichteten, namentlich der Gemeinden, in der Zahlung schliessen kann. Für Arnsberg fällt in diese Periode die industrielle Schwindelzeit (1857, 58) mit der folgenden Reaction, Betriebseinstellung, Arbeiterentlassung etc. Dass die vermehrte Industrie die Einlieferungen nicht herabsetzt, geht aus dem Angeführten hervor. Was das Zweite betrifft, so dürfte die Annahme, dass die socialen Calamitäten das Irresein nicht gerade bedeutend vermehren, nach später Auszuführendem wohl wahrscheinlich sein, dass sie es aber vermindern, ist nicht sehr begreiflich. Nichtsdestoweniger bietet diese Verminderung der Aufnahmen die Analogie dar, mit derselben Wirkung der Jahre 49 und 50, welche, wie aus der Tabelle der Bewegung ersichtlich, gleichfalls weniger Aufnahmen stellten, als die vorhergehenden und folgenden Jahre. Der Mangel irgend welchen positiven Einflusses findet sich auch in den Wirkungen des bedeutenden plötzlichen Aufblühens und Verwelkens der Ramsbecker Industrie Anfangs der 50er Jahre, welche in den Aufnahmen des Kreises Meschede, wie die Tabelle zeigt, keine Vermehrung hervorgebracht hat, während in der folgenden Periode von 1856—60 eine geringere Zahl eingetreten ist. In Betreff einer vermindernden Wirkung könnte man bezüglich der Zeit der Calamität selbst an die Lahmlegung des Verwaltungsorganismus denken, der die Kranken sonst der Anstalt zuführt,

für die nächstfolgende Zeit wird man auf den vielbesprochenen Geldpunkt recurriren müssen.

Geht man weiter an die Betrachtung der einzelnen Kreise, so ergiebt sich die Zahl der durchschnittlichen jährlichen Aufnahmen auf 100,000 Einwohner aus Colonne 9 der Tabelle 4. Einige auffallende Zahlen treten sofort hervor, Stadt Münster mit 20,5, Paderborn mit 17. Einigen Antheil an diesen grossen Zahlen haben wohl nach oben Bemerktem die Gefangenen und Soldaten; einen wie geringen jedoch, namentlich für Paderborn, zeigt die Zahl der Frauen. Auch Kreis Arnsberg steht mit 9,8 in dem betreffenden Regierungs-Bezirk oben an. Jene grossen Zahlen, wie sie nach Abzug der Gefangenen und Soldaten noch bleiben (während Landkreis Münster mit einem Zuchthause mit einer sehr niedrigen Zahl auftritt), können auch nicht im Entferntesten als Häufigkeitsscala der Erkrankung jener beiden ersteren grösseren Städte gelten. — Sie bieten an Schädlichkeiten, wie man sie als unter diesen Umständen wirksam beschuldigt, gewiss nicht soviel als die Centren der westfälischen Industrie, von denen die Ziffern von Bochum und Dortmund nicht den 3ten und 4ten Theil jener Höhe erreichen. Ausser grösserer Aufklärung und Opferwilligkeit der Betreffenden haben wir es hier offenbar mit den Folgen einer energischen Administration zu thun, die hier, schon allein mit Bezug auf den dehnbaren Begriff der Gemeingefährlichkeit, ein weites Feld hat. Es kann nämlich, wenn letztere von 2 Aerzten bescheinigt ist, jeder Geisteskranke polizeilich sofort der Anstalt zugeführt werden. Im Regierungs-Bezirk Münster sind dann ausserdem durchweg die ausserordentlich niedrigen Zahlen auffallend, besonders in Borken und Lüdinghausen hervortretend mit dem geringsten Satze, der überhaupt vorkommt. Grosse gesellige Abgeschlossenheit, falsche Familienanhänglichkeit, Vorurtheile, denen unter diesen Umständen auch nicht beizukommen ist, ausschliesslich ländliche, hier nicht mit besonderer Wohlhabenheit verbundene Beschäftigung, und dadurch die besprochenen Bedenken wegen des Geldpunktes dürften die Ursachen sein. Im Regierungs-Bezirk Arnsberg tritt der Kreis Brilon, in dem die Anstalt liegt, mit einer ziemlich hohen Zahl hervor. Dass dagegen die Lage allein nicht entscheidend ist, dass hier die grössere Popularisirung des Irrenwesens in Betracht kommt, zeigen die zunächst angrenzenden Kreise Meschede, Warburg und Büren, welche unmittelbar an den Kreis, in dem die Anstalt liegt, angrenzen und theils sehr nahe liegen, mit niedrigen Zahlen. Alle diese angrenzenden Kreise, besonders die aus anderen Regierungs-Bezirken, stehen in

sehr geringem Verkehr mit Marsberg, so dass daher bei ihnen das Vorurtheile beseitigende Leben der Anstalt sich wenig bethätigen kann. Bemerkenswerth ist, dass die Kreise mit alter Industrie, wie Altena, Iserlohn, Siegen, die höchsten Zahlen liefern, so dass das oben über die Wirkung der Industrie Gesagte hier volle Anwendung findet; dagegen ist ebenso bemerkenswerth, dass die Hauptkreise der neuen Industrie, Bochum und Dortmund, so niedrige Zahlen liefern. Es dürfte dies daran liegen, dass vor Eröffnung der westfälischen Bahn der Verkehr dieser Kreise nach der Gegend, in der die Anstalt liegt, erschwert, dass diese Kreise aus vielen Gründen den benachbarten Kreisen der Rheinprovinz näher, dem alten Herzogthum Westfalen mehr fremd gegenüberstehen. Auch die Industrie bedarf Zeit, die oben besprochene Wirkung zu entfalten. Erst die neuere Zeit lässt deswegen diese Kreise mit der ihnen zukommenden Wirksamkeit auf die Anstaltsaufnahmen hervortreten, wie sich aus den Zahlen der letzten Perioden ergiebt. Es ist daraus das Resultat folgender Zusammenstellung erklärlich.

Die erste Gruppe umfasst die in höherem Grade industriellen Kreise Altena, Bochum, Dortmund, Hagen, Iserlohn, Siegen, an welche, da das, was in diesen vielleicht durch Industrie geleistet wird, durch vervollkommnete Administration ersetzt ist, Arnsberg angereiht werden mag. Die zweite Gruppe bilden die Kreise, deren Hauptcharakter eine sehr wohlhabende ackerbautreibende Bevölkerung ist: Hamm, Lippstadt, Soest; die dritte Gruppe, die mit weniger wohlhabender ackerbauenden Bevölkerung und einigen kleinen Gewerben: Brilon, Meschede, Olpe, Wittgenstein. Die Bevölkerung ist nach dem Jahre 1855 (Jbuch.) berechnet.

Industrie-Kreise liefern jährlich	.	6,63 pCt.
Ackerbautreibende wohlhabende	.	7,37 -
- - weniger wohlhabende		7,60 -

Es ist dabei zu bemerken, dass die erste Gruppe von der Anstalt am meisten entfernt, letztere ihr am nächsten liegt. In der letzten geben offenbar Brilon und Olpe mit ihren auffallend hohen Zahlen den Ausschlag. Also die industriellen Kreise stehen hier zu unterst.

Stellt man dagegen die letzte 4jährige Periode in dieser Hinsicht zusammen, so ergiebt sich Folgendes:

1ste Gruppe = 9,2, 2te Gruppe = 7,7, 3te Gruppe = 9,4, so dass die 1ste, obgleich am entferntesten liegende Gruppe, doch dem höchsten Werthe nahe kommt. Wenn man unter den neu industriellen Kreisen die Analogie der alt industriellen Kreise

macht, so hätte man in den ersteren (nämlich Bochum und Dortmund) eine bedeutend und nachhaltig hohe Zahl für eine geraume folgende Zeit zu erwarten. —

Stellt man die Kreise je nach den vor und nach 1845 gelieferten Aufnahmen zusammen, um zu sehen, welchen Einfluss die einzelnen Kreise an den für die Regierungs-Bezirke nachgewiesenen Zunahmen haben, so ergiebt sich aus Colonne 10 und 11 der Tabelle 4 Folgendes:

Die Zunahme der Geisteskranken, deren Zahl vor 1845 mit der Bevölkerung von 1840, nach 1846 mit der von 1858 (Ztschft. S. 25) in Beziehung gebracht ist, war

für den Reg.-Bez. Münster von 1 auf 1,7
- - - - Minden - 1 - 2,9
- - - - Arnsberg - 1 - 2,2.

Die absolute Zunahme der Aufnahme für die bezeichnete Periode betrug für 100 der 1sten Periode auf die 2te bei Münster 188, Minden 299, Arnsberg 270.

Vergleicht man nun, da die relativen Zahlen fehlen, die absoluten Zahlen der einzelnen Kreise, so tritt beim Regierungs-Bezirk Münster hervor, wie wenig die für den Regierungs-Bezirk gewonnenen Zahlen für die Kreise geändert werden, wie spurlos die leichtere Verbindung durch die Eisenbahn an den einzelnen, der Eisenbahn zunächst liegenden, Kreisen vorübergegangen. Im Regierungs-Bezirk Minden ist man bei der bedeutenden Zunahme der Kreise Bielefeld, Halle, Herford, Lübbecke, Paderborn, wie es scheint, auf diese erleichterte Verbindung angewiesen. Im Regierungs-Bezirk Arnsberg treten neben solchen Kreisen, die gleichmässig hohe und gleichmässig niedrige Zahlen gestellt haben, solche mit verhältnissmässig bedeutender Zunahme hervor, nämlich Bochum, Dortmund, Hagen, Iserlohn, Siegen, Arnsberg. Nur bei einem Theile derselben kann man an die erleichterte Communication denken, grösstentheils scheint der Einfluss der Industrie maassgebend zu sein. Der Unterschied zwischen alter und neuer Industrie tritt bei dieser Gruppirung nicht so hervor. Im Ganzen ergiebt sich auch aus dieser Zusammenstellung, dass die Zunahme der Einlieferungen aus dem Regierungs-Bezirk Arnsberg noch nicht einmal so bedeutend ist, als die aus dem Regierungs-Bezirk Minden = 2,2 : 2,9, obgleich die entfernteren und industriellen Kreise noch günstigere Bedingungen zu einer solchen Zunahme bieten. Zum Theil fällt allerdings die bedeutende Zunahme des Regierungs-Bezirks Minden auf seinen geringen Satz während der 1sten Periode.

Es mag, des Vergleichs halber, die Scala der relativen Fre-

quenz der Geisteskranken im Verhältniss zur Bevölkerung, wie sie *Ruer* bei seiner Irrenzählung gefunden hat, und die unsrige, bezüglich der Aufnahmen für die Kreise des Regierungs-Bezirks Arnsberg, zusammengestellt werden:

Ruer: 1) Wittgenstein, 2) Siegen, 3) Olpe, 4) Dortmund;
Aufnahmen: 1) Olpe, 2) Arnsberg, 3) Altena, 4) Iserlohn;
Ruer: 5) Hamm, 6) Altena, 7) Soest, 8) Iserlohn;
Aufnahmen: 5) Siegen, 6) Brilon, 7) Hamm, 8) Lippstadt;
Ruer: 9) Brilon, 10) Arnsberg, 11) Hagen, 12) Meschede;
Aufnahmen: 9) Soest, 10) Hagen, 11) Wittgenstein, 12) Meschede;
Ruer: 13) Lippstadt, 14) Bochum;
Aufnahmen: 13) Dortmund, 14) Bochum.

Man sieht also die ausserordentlich geringe Uebereinstimmung. Und wo diese sich ergiebt, wie bezüglich des niedrigsten Standes beiderseits für Bochum, dürfte dies mehr ein Beweis dafür sein, dass der eine von den Factoren, welcher die Aufnahmen der Vorhandenen verhindert, auch die Ermittelung der Zahl der Vorhandenen verhindert. Es zeigt sich denn, dass, wo jener Factor zurücktritt, auch sofort die Aufnahmen steigen, wie für Bochum für die letzte Periode nachgewiesen ist. Wäre jene *Ruer*'sche Ermittelung eine wirkliche Häufigkeitsscala des Irreseins unter der Bevölkerung, so würde aus vorstehendem Vergleich folgen, dass die Aufnahmen mit dieser Scala durchaus nicht gleichen Schritt hielten. Doch sie ist es nicht

Ganz dieselben Reflexionen lassen sich anstellen, wenn man die Häufigkeit der gefundenen Geisteskranken in den einzelnen Regierungs-Bezirken im Verhältniss zur Bevölkerung und unsere Aufnahmen aus den einzelnen Regierungs-Bezirken im Verhältniss zur Bevölkerung nach den Eingangs gegebenen Daten vergleicht. Es stellt sich dann nämlich Folgendes heraus:

	Münster:	Minden:	Arnsberg:
Ruer's Statistik	100	137	121
Aufnahmen 1814—64 . .	100	100	138

Das Verhältniss der Geschlechter in den einzelnen Regierungs-Bezirken und Kreisen giebt zu interessanten Bemerkungen Veranlassung. Die Männer = 100 genommen betrug die Zahl der Frauen im Regierungs-Bezirk Münster 54,7, Minden 60,8, Arnsberg 80,7. In der letzten 4jährigen Periode sind die Geschlechter in Arnsberg sogar gleich. Es ist dabei allerdings in Anschlag zu bringen, dass aus Münster und Minden Gefangene und mehr Soldaten mit eingeliefert werden, doch würde dies das Resultat des ganzen Bezirkes wenig ändern.

Was die einzelnen Kreise anbetrifft, so tritt in fast allen Kreisen des Regierungs-Bezirks Münster das Verhältniss des Regierungs-Bezirks hervor, in der Stadt Münster vielleicht mit aus dem angeführten Grunde. Im Regierungs-Bezirk Minden ist es auffallend, dass die grössten Städte Minden und Paderborn die verhältnissmässig grösste Anzahl von Frauen liefern, obgleich in beiden etwa erkranktes Militair mitzählt. Die grosse Männerzahl aus Herford könnte an den Einfluss der dortigen Strafanstalt denken lassen. Im Regierungs-Bezirk Arnsberg ist zunächst bemerkenswerth, dass diejenigen Kreise, welche die höchsten Zahlen stellen, nämlich Kreis Arnsberg, Altena, Siegen, eine grössere Zahl Frauen als Männer liefern, für den Kreis Hagen hat dies Verhältniss mehrfach geschwankt; in der letzten Periode überwiegen ebenfalls die Frauen.

Was also im Kreise Arnsberg vermuthlich eine selbstständigere energischere Verwaltung bewirkt, bewirkt in den anderen genannten Kreisen mittelbar die Industrie mit ihren besprochenen Folgen. Bemerkenswerth ist in dieser Hinsicht das Verhältniss der Kreise Bochum und Dortmund. Während dieselben früher ein Uebergewicht der Männer stellten, stellen sie in der letzten Periode ein solches der Frauen. Wäre Letzteres eine Folge der grösseren Erkrankung durch die Industrie, so hätte es 10 und 15 Jahre früher eintreten müssen. Dass es erst in der letzteren Zeit zugleich mit der grösseren Zahl überhaupt Eingelieferter aufgetreten, spricht dafür, dass es mit dem letzteren Umstande den gleichen Grund hat. Es scheint in der That, als wenn alle die Umstände, welche auf die Einlieferung der Erkrankten hindernd einwirken, die Vorurtheile, falsche Familienanhänglichkeit, und Zähigkeit im Bezahlen, es auf die Frauen, mit ihren theilweise weniger störenden Formen, vorzugsweise thun. Dies scheint uns also der Grund der auch hier hervortretenden grösseren Zahl der Frauen aus den grösseren Städten und den industriellen Bezirken zu sein, entgegen den Annahmen *Dagonet*'s (Traité etc. S. 185), dass die Frauen aus grossen Städten, aus industriellen Bezirken, wegen der industriellen Arbeiten der Frauen, wegen der häufigen Verführung in der That mehr erkranken, als in anderen Bezirken.

Wir sind daher im Stande, einige Gesichtspunkte aufzustellen, für die wir, da sie aus einer grossen Anzahl genauer Thatsachen gefolgert sind, mehr Beachtung zu fordern berechtigt sind, als für manche aufgestellte subjective Hypothesen. Es beziehen sich diese Gesichtspunkte darauf, die Anstalten ihrem Zwecke dadurch möglichst geeignet zu machen, dass ihnen das nöthige Material, die

vorhandenen, namentlich frischen Krankheitsfälle in hinreichender Anzahl zugeführt werden. In erster Linie handelt es sich dabei nach allem Auseinandergesetzten um den intellectuellen Factor, um die Beseitigung der alten Vorurtheile gegen Anstalten, um die Bekämpfung falscher Familienzärtlichkeit, die die Angehörigen nicht in die zweckmässigere Anstaltspflege geben will. Fast nur auf diesem Wege ist die Nähe der Anstalt für den betreffenden Bezirk von Einfluss, während sie sonst fast ohne Wirkung bleibt. Dass in dieser Hinsicht die Handhabung des Anstaltsorganismus von grossem Einfluss ist, ist ohne Frage. Wenn die strenge Abgeschlossenheit mancher alten Anstalten diesem Princıpe keinen Vorschub leistet, so ist das soweit der Natur nach zulässige und wohlbewachte Sichbewegen des Anstaltslebens unter den Augen und der Theilnahme der gesunden Bevölkerung die praktische Verwirklichung derselben. Ein anderer, hochwichtiger Punkt in dieser Hinsicht ist der Anstaltswillkür entzogen, er hängt am Ort. Liegt die Anstalt in einem entlegenen Winkel der Provinz, so ist wenig zu popularisiren. Anders ist es, wo sie in der Nähe einer grossen Stadt, dem fruchtbaren Boden für intellectuelle Anregungen, dem Zusammenfluss des geselligen Lebens eines grossen Bezirks liegt. Das ist der eigentliche *nervus rerum*, in 2ter Reihe steht jedoch auch der sogenannte. Je wohlhabender und bei vermehrter Intelligenz opferwilliger die Zahlungspflichtigen, um so stärker die Einlieferungen.

Eine Folgerung aus dieser Thatsache für öffentliche Anstalten ist folgende: Will man die Anstalt ihrem Zwecke, der Aufnahme frischer Fälle, möglichst geneigt machen, so muss man unter bestimmten Formen die Pflegesätze für Heilinge fortfallen lassen. Eine weitere wahrscheinliche Folge aus dem von uns Angeführten ist die, dass Alles, was die Aufnahmen befördert, dies für die Frauen es besonders thut.

Aufnahmen nach der Confession.

Tab. 5.

Zusammenstellung der vom Jahre 1814 bis Ende 1864 in der Provinzial-Irrenanstalt zu Marsberg aufgenommenen Kranken aus der Provinz Westfalen, nach Confession und Geschlecht getrennt.

A. Zeitraum von bis	Katholisch.			Evangelisch.			Jüdisch.			Unbekannt.			Im Ganzen.		
	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa	Männer	Frauen	Summa
1856—1860	178	127	305	141	87	228	2	9	11	1	—	1	322	223	545
1861—1864	187	114	301	113	97	210	3	6	9	—	—	—	303	217	520
1814—1864	1,023	642	1,665	733	521	1,254	37	52	89	4	2	6	1,797	1,217	3,014
B. Aufnahmen, jährliche auf gesunde Einwohner:															
1856—60	1 : 14,160			15,040			7,320			—			14,375		
=	100			106			52			—			—		
1861—64	1 : 11,792			13,600			7,316			—			12,452		
=	100			115			62			—			—		
1814—64	1 : 14,520			14,820			3,390			—			14,280		
=	100			102			23			—			—		
C. Procent-Verhältniss der Geschlechter: 1856—60 .	58,3	41,7	—	61,8	38,2	—	18,2	81,8	—	—	—	—	59,1	40,9	—
1861—64 .	62,1	37,9	—	53,9	46,1	—	33,3	66,7	—	—	—	—	58,3	41,7	—
1814—64 .	61,4	38,6	—	58,5	41,5	—	41,6	58,4	—	—	—	—	59,6	40,4	—

Die Tabelle 5. enthält in der 1sten Abtheilung die directen Zahlen der einzelnen Confessionen für 1856—60, 1861—64 und 1814—64, welche in der 2ten Abtheilung der Tabelle in Beziehung zu den Confessions-Verhältnissen der Bevölkerung gebracht worden sind. Das Jahrbuch der amtlichen Statistik des Preussischen Staates 1862 enthält S. 111 und im Anhang die betreffenden Zahlen für 1858 und 1861, so dass sie für die kleineren Perioden der Tabelle 5. direct vorliegen. Es ist dann ferner berechnet worden, in welchem Verhältniss das Jahr 1847 bei angenommenem gleichmässigen Anwachsen (da die betreffenden Verhältnisse von 1816 und 1858 vorliegen) die Confessionen gezählt haben würden. Das Jahr 1847 liegt nämlich auf der Mitte von 1830 (die früheren Jahre sind so sparsam vertreten, dass sie kaum in Betracht kommen) und 1864. Diese Durchschnittszahl ist dann mit der Summe von 1814—64 in Verbindung gebracht. — Die Werthe sind auf das Verhältniss der jährlichen Aufnahmen berechnet, so dass für 1856—60 die gefundene Zahl mit 5, für 1861 bis 1864 mit 4, für 1814—64 mit 30 multiplicirt ist, da die vor 1834 liegenden Jahre nur einen sehr geringen Antheil der Aufnahmen gestellt haben. In der zweiten Zeile sind die Zahlen zur besseren Vergleichung auf das Verhältniss von 100 für die Katholiken berechnet. Es ergiebt sich dann, dass die Katholiken mehr als die Evangelischen, die Juden in der grössten Zahl aufgenommen sind. — Das Missverhältniss zwischen den christlichen Confessionen ist in den letzten Jahrgängen mehr hervorgetreten, Evangelische im Ganzen = 102; von 1856—60 = 106; von 1861 bis 1864 = 115, wenn die Katholiken = 100, und hat auch in den früheren Zeiträumen gewechselt, das der Juden hat sich zunehmend ausgeglichen.

Die 3te Abtheilung der Tabelle 5. giebt über das Verhältniss der Geschlechter zu einander bei den einzelnen Confessionen Auskunft. — Es ergiebt sich daraus, dass bei den Katholiken die Frauen weniger als bei den Evangelischen, am meisten diese bei den Juden aufgenommen sind. Im Einzelnen zeigt dies jedoch mannigfache Schwankungen.

Ruer fand bei seiner Irrenzählung im Jahre 1834 in der Provinz Westfalen bei den Evangelischen auf 962, bei den Katholiken auf 786, bei den Juden auf 758 gesunde Einwohner einen Geisteskranken.

Die glaubwürdigsten der betreffenden Schriftsteller suchten die Verschiedenheit der Confessions-Verhältnisse bei den Aufnahmen auf zufällige, nicht mit der Geistesstörung zusammenhängende

Verhältnisse zurückzuführen. Suchen wir in ähnlicher Weise nach etwaigen Gründen bei uns, so würde vielleicht anzunehmen sein, dass für den Regierungs-Bezirk Arnsberg evangelische Kreise mit hohen Zahlen der Einlieferung (Siegen, Altena etc.) katholischen mit hohen Zahlen (Arnsberg, Olpe, Brilon) gegenüber ständen, dass ferner der Regierungs-Bezirk Münster ausser Stadt Münster mit seinen niedrigen Zahlen dem Regierungs-Bezirk Minden ausser Kreis Paderborn mit seinen niedrigen Zahlen, ersterer katholisch, zweiter evangelisch, sich ausgleichen, dass endlich Kreis und Stadt Münster und Paderborn mit ihren starken Contingenten das Ueber gewicht für die katholischen Aufnahmen herbeiführten.

Von einem Theil deutscher Staaten besitzen wir die Confessions-Verhältnisse nach den Irrenzählungen im Lande.

Von neueren Angaben gehören dahin die Irrenzählungen in Mähren und Oesterreichisch Schlesien von *Czermak* für 1857 (Allg. psych. Ztschr., in Folg. einfach mit Ztschft. bezeichnet, Bd. XV. S. 265). Es ergab sich auf gesunde Einwohner

	für die Idioten:	erworbene Geistesstörung:
bei Katholiken .	1 : 1,428	1 : 2,000
- Protestanten	1 : 1,256	1 : 3,226
- Juden . .	1 : 357	1 : 1,666.

Die entgegengesetzten Verhältnisse je für Idioten und erworbene Geisteskrankheit ergeben sich für die Bayerische Pfalz nach *Dick*'s Zählung von 1856 (Ztschft. XV. S. 396):

	Idioten:	erworbene Geistesstörung:
Katholiken .	1 : 908	1 : 1,790
Protestanten	1 : 1,199	1 : 1,290
Juden . .	1 : 1,488	1 : 1,353.

Brandes (Ztschft. XX. S. 414) giebt für Hannover nach der Zählung vom Jahre 1856 an 1 Irren (erworbene Geistesstörung) auf Gesunde bei Lutheranern 1,528, Reformirten 1,473, Katholiken 1,143, Israeliten 763.

Die folgenden Data enthalten die Aufnahme-Verhältnisse in Anstalten, meist zugleich mit den Resultaten der Irrenzählungen in den betreffenden Bevölkerungen.

Ilagen (Anstalts-Bericht 1858, S. 12) fand das Verhältniss der protestantischen Irren auffallend gross, seiner Meinung nach, weil die Stadtbewohner in der Anstalt stärker vertreten waren und die protestantische Bevölkerung grösstentheils eine städtische war.

Bezüglich der Verbreitung in der Bevölkerung ergiebt sich für Bayern nach dem Illenauer Bericht (S. 51) 1 Kranker bei den Evangelischen auf 908, Katholiken 967, Juden 514 Einwohner (mit

Idioten). Bezüglich 1,100 Aufnahmen zu Göppingen während 15 Jahren (Bericht 66 von *Landenberger*)

78,7 pCt. Evangelische, 20 pCt. Katholiken, 1,5 pCt. Juden,
65 31 0,7.

Die zweite Zeile enthält die Confessions-Verhältnisse der Bevölkerung nach *Kolb*.

Die Gesammtkrankenzahl des Landes giebt *Landenberger* auf 71,2 pCt. für die Evangelischen, 27,6 pCt. für die Katholiken an, so dass diese Data zwischen jenen stehen. Dasselbe Resultat, die grössere Aufnahme in Anstalten von S. der evangelischen Bevölkerung ergiebt sich auch nach *Landenberger* bei Berücksichtigung der anderen Anstalten des Landes.

Nach dem Illenauer Bericht (1866, Tabelle XIV. u. XV.) kamen auf je 100,000 Einwohner jährliche Aufnahme bei den Evangelischen 14,8, Katholiken 12,6, Juden 22,5. Den Grund dieser Verschiedenheit sucht der Bericht in der Vertheilung der Confessionen je nach städtischer und ländlicher Bevölkerung, indem die Evangelischen, in höherem Grade die Juden mehr den Städten, besonders den grossen Städten angehören. Dem gegenüber ist zu bemerken, dass nach demselben Bericht S. 51 die Irrenzählung von 1862 1 Geisteskranken (erworbene Seelenstörung) ergab bei den Evangelischen auf 749, Katholiken auf 711, Juden auf 746 Einwohner.

Für die Rheinprovinz gestaltete sich das Verhältniss der Confessionen der Aufnahmen in Siegburg für die letzten 4 Jahre nach den letzten beiden Berichten (1862 und 64) folgendermaassen:

Katholiken 69,4 pCt., Evangelische 28,5 pCt., Juden 2 pCt., während das der Bevölkerung für 1861 nach dem Preussischen Jahrbuch der amtlichen Statistik 1863, S. 606 folgendes war:

Katholiken 74,9 pCt., Evangelische 23,9 pCt., Juden 1,1 pCt.

Martini (Anstaltsbericht 1860 und 64) bringt ebenfalls Zahlen bei, wonach in Schlesien die evangelische Bevölkerung mehr Aufnahmen liefert als die katholische, die Juden am meisten. Es betrug das Procent-Verhältniss der aufgenommenen Geisteskranken:

von 1830—60	Evangel. 63,67 pCt.,	Kath. 33,4 pCt.,	Juden 2,93 pCt.
- 1856—59	- 55,72 -	- 42,72 -	- 1,56 -
- 1861—63	- 57,20 -	- 41,17 -	- 1,63 -
das Verhältniss der Confessionen in der Bevölkerung betrug	Evangel. 49,39 -	- 48,95 -	- 1,06 -

Es hat sich also in den letzten Jahren das Aufnahme-Ver-

hältniss der Geisteskranken mehr den Bevölkerungs-Verhältnissen entsprechend gestaltet.

Martini sucht den Grund dieses Missverhältnisses darin, dass in dem Regierungs-Bezirk Liegnitz und den Städten, woraus der verhältnissmässig grössere Theil der Aufnahmen erfolge, das evangelische Element das überwiegende sei, ausserdem die Geisteskranken des Liegnitzer Bezirks länger leben*).

Es war übrigens das bei der Irrenzählung in der Provinz ermittelte Verhältniss der Confessionen nahe dasselbe wie bei den Aufnahmen in die Anstalt.

Gräser (Bericht von 1843—59, Nassauische Medicinische Jahrbücher 1863) fand bei den Aufnahmen in die Nassauischen Anstalten das Verhältniss der Evangelischen zu den Katholiken 26 : 22, während es bei der Bevölkerung 25 : 22 war. Dies stimmt mit den Bevölkerungsangaben überein (*Franque*, Memorabilien 1865, Seite 80).

Dagonet (Traité, S. 189) will unter den Katholiken verhältnissmässig $\frac{1}{5}$ weniger Geisteskranke gefunden haben, als unter den Protestanten, $\frac{3}{4}$ weniger als unter den Juden.

Ueber die Gründe dieser Verschiedenheiten, wie sie sich bei den Irrenzählungen und Anstalts-Aufnahmen ergeben, brauchen wir nach dem früher Bemerkten nichts weiter zu sagen. Bezüglich jener Nachrichten *Martini*'s, wonach sich bezüglich der Aufnahmen die einzelnen Regierungs-Bezirke so folgten: Liegnitz, Breslau, Oppeln, wollen wir ausser dem von *Martini* Angeführten nur Eins bemerken. Nach der Kölnischen Zeitung vom 4. Nov. 1865 kam im Jahre 1859 im Regierungs-Bezirk Liegnitz auf 19,5 Bewohner 1 Sparkassenbuch, Breslau auf 25,2, Oppeln auf 162,4. Also dieselbe Reihenfolge. Es waren die Sparkassenbücher um so allge-

*) Hier waltet indess ein Irrthum ob. Es kommt nämlich hier nicht das Verhältniss der Lebensdauer der Geisteskranken in den einzelnen Regierungs-Bezirken zu einander in Betracht, als vielmehr das der Lebensdauer der Geisteskranken zu der Lebensdauer der ganzen Bevölkerung des betreffenden Regierungs-Bezirks. Es lebten aber (*Martini*, Bericht über die Irrenzählung 1861) von der Bevölkerung über 14 Jahre nach vollendetem 40. Lebensjahre im Regierungs-Bezirk Oppeln 10,23 pCt. weniger als in Liegnitz, dagegen von den über 14 Jahre alten Irren 8,56 pCt. in Oppeln weniger als in Liegnitz. Dies würde also im Liegnitzer Bezirk gegenüber dem Oppelner eine Verminderung der Geisteskranken verglichen mit der betreffenden Bevölkeruzg bedingen.

meiner, je höher und dichter die Industrie-Entwickelung war. Es wird bei vermehrten Aufnahmen, wenn diese überhaupt schlussfolgerungsfähig sind, immer zunächst an einen der beiden Factoren zu denken sein: in erster Reihe vermehrte Intelligenz und geistige Regsamkeit der Einzelnen und Gemeinwesen, in zweiter grössere Wohlhabenheit der Einzelnen und Gemeinwesen.

Anmerk. Prüfen wir unsere eigenen Zahlen jetzt nach den *Poisson*'schen Formeln, welche die bei gleich bleibenden Ursachen mögliche Schwankungsgrenze anzeigen sollen. Wir benutzen dazu die *Poisson*'sche Formel *e* (*Gavarret*, übers. von *Landmann*, S. 196), welche die mögliche Schwankungsgrenze nach beiden Seiten hin ausdrückt. Bringen wir unsere Zahlen auf den entsprechenden Ausdruck bei gleichen Bevölkerungsganzen, so würden wir Katholiken 1,665, Evangelische 1,632 für den Gesammtzeitraum haben. Dies würde für den katholischen und evangelischen Antheil zu 1 ergeben:

0,50505
0,49495.

Es ist dagegen nach der Tafel bei *Gavarret*, S. 156, bei 3,250 Fällen folgende Schwankungsgrenze möglich, nach $e = \sqrt{\frac{2}{\mu}}$ ausgerechnet:

0,524807
0,475193.

Prüfen wir unsere Zahlen für den letzten Zeitraum nach denselben Principien, so ergeben sich für die Katholiken und Evangelischen folgende Antheile:

0,5346
0,4654.

Es ist aber nach *Gavarret* für 550 Fälle ohne Veränderung der Ursachen folgende Schwankungsgrenze möglich:

0,560302
0,439698.

Es bewegt sich also in beiden Fällen der stattfindende Unterschied innerhalb des möglichen Unterschieds, ohne dass man auf verschiedene Ursachen zu schliessen berechtigt wäre. Es würde demnach die ganze Verschiedenheit bei uns und bei den meisten Anderen in Nichts zusammenfallen. Wir werden jedoch an gelegener Stelle unsere Bedenken gegen die Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen jener Formel vorbringen. Diese Bedenken haben uns veranlasst, unsere obigen Ausführungen unverändert beizubehalten.

Erblichkeit.

Tabelle 6. (s. S. 162—165) enthält die mit erblicher und anderweitig angeborener Anlage zur Geistesstörung Behafteten, die sich unter den in die Anstalt Aufgenommenen befinden. Es sind hier die Personen in Betracht gezogen. Die Zahl der wiederholt Aufgenommenen wird später erörtert.

„Die Bedeutung der einzelnen Abtheilungen und Unterabtheilungen der Tabelle ergiebt sich von selbst, nur einige Bemerkungen mögen Platz finden. Die Abtheilung „Geisteskrankheit direct" enthält also nur diejenigen, wo ausgesprochene Fälle von Geisteskrankheit in directer Ascendenz angegeben waren. Die Unterabtheilung von beiden Seiten enthält nicht allein Diejenigen, wo beide Eltern geisteskrank waren, sondern auch Diejenigen, wo auf einer Seite directe Geisteskrankheit, auf der anderen indirecte oder die anderweitigen Abnormitäten des Seelenlebens und des Nervensystems vorhanden waren, welche in den anderen Abtheilungen untergebracht sind. Dieselbe Methode der Rubricirung ist auch bei allen anderen Abtheilungen angewendet. Es ergiebt sich daraus, dass diese Colonne nicht so reine Resultate ergiebt, als die beiden ersteren, dass Fälle existiren, welche je nach der Wichtigkeit des Gesichtspunktes, den man z. B. je für einen kurzen Anfall von Geistesstörung in hohen Lebensjahren in directer Ascendenz auf einer Seite, und Trunksucht oder psychisch zweifelhafte Zustände ebenfalls in directer, und Blödsinn in indirecter auf der anderen, geltend macht, dass also Fälle existiren, welche in verschiedenen Abtheilungen in dieser Unterabtheilung untergebracht werden können. Es ist hier je nach Umständen der markirteste Zustand bezüglich der Rubricirung bevorzugt, aber meist die directe Ascendenz. Erklärlich ist es übrigens aus diesen Verhältnissen, dass in der späteren Bildung ähnlicher Kategorieen je nach der Confession kleine Verschiedenheiten der einzelnen Abtheilungen sich ergeben haben. — Die 2te Abtheilung von den Grosseltern enthält auch die Fälle, wo neben den Grosseltern auch Onkel und Tante geisteskrank waren, die 3te nur solche mit Onkel und Tante, ohne Erkrankung der Grosseltern. — Die die verschiedensten Krankheitszustände enthaltende Abtheilung ist die 8te: Hysterie etc. Es sind hier nur diejenigen Fälle der Hysterie untergebracht, welche der Beschreibung nach den schweren Nervenleiden, Convulsionen, Lähmungen etc. angehörten, den Ausdrücken in den Fragebogen: „hysterisch", „an Nervenschwäche leidend" etc., sonst keine Bedeutung beigelegt.

T
Erblichk

Ascendenz.	Nur in die Anstalt Aufgenommene.										Deren (						
	Vaterseits.		Mutterseits.		Beiderseits.		Unbekannt		Summa.		Vaterseits.			Mutterseits.			Be
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr	Unbek. Geschl.	M	Fr.	Unbek. Geschl.	M.
Geisteskrankheit direct	78	44	92	84	33	26	—	—	203	154	26	14	10	24	29	4	10
Geisteskrankheit von Grosseltern	3	4	9	7	2	2	14	12	28	25	—	1	—	1	—	—	2
Geisteskrankheit von Onkel und Tante	21	11	36	26	7	1	14	6	78	44	4	1	1	7	2	—	—
Epilepsie direct	4	6	5	3	3	3	—	—	12	12	—	—	2	1	1	—	1
Epilepsie indirect	5	—	2	1	—	—	—	—	7	1	—	—	—	1	1	—	—
Blödsinn direct	7	5	5	5	3	2	—	—	15	12	2	4	—	1	1	—	1
Blödsinn indirect	2	1	1	3	—	—	1	—	4	4	—	—	—	—	—	—	—
Hysterie etc.	30	14	25	23	6	4	—	—	61	41	6	3	—	6	5	—	[illegible]
Psychisch zweifelhaft	14	6	8	11	4	1	—	—	26	18	5	3	3	3	5	—	1
Latus . .	164	91	183	163	58	39	29	18	434	311	43	26	16	44	44	4	[illegible]

elle.

wister.

Unbekannt. M.	Unbekannt. Fr.	Unbekannt. Unbek. Geschl.	Summa. M.	Summa. Fr.	Summa. Unbek. Geschl.	Art der Nervenkrankheit unter den Geschwistern der in die Anstalt Aufgenommenen.
—		—	60		21	Unter den Brüdern: 6 Idioten, 3 Epilept., 4 psychisch Zweifelhafte, 1 Selbstmörder, 1 Trunksüchtiger, 1 Hemiplegischer.
	—			52		Unter den Schwestern: 2 Idioten, 2 Epilept., 2 psychisch Zweifelhafte, 2 Amaurot., 1 an *neuralg. trig.* Leidende.
						Unter den unbekannten Geschlechts: 1 psychisch Zweifelhafter, 3 an *meningitis* gestorben.
—		—	3		—	
	2			4		Unter den Schwestern: 1 an Gehirnentzündung †.
2		2	13		3	Unter den Brüdern: 1 Epilept., 1 psychisch Zweifelhafter, 1 an Gehirnentzündung gestorben.
	—			3		Unter den Schwestern: 1 Idiotin, 1 Hemiplegische.
—		—	3		2	- - Brüdern: 1 Epilept.
	—			2		- - Schwestern: 1 an Gehirnentzündung †.
						- - unbek. Geschlechts: 2 an Krämpfen †.
—		—	1		—	- - Brüdern: 1 Epileptischer.
	-			1		- - Schwestern: 1 Epileptische.
—		—	4		3	- - Brüdern: 2 Idioten.
	—			5		- - Schwestern: 1 Epileptische.
						- - unbek. Geschlechts: 3 Idioten.
1		—	1		—	- - Brüdern: 1 Idiot.
	—			—		
—		—	12		—	- - Brüdern: 2 Epilept., 1 Idiot, 1 Selbstmörder, 1 an Apoplexie †, 1 an Neurose Leidender.
	—			9		Unter den Schwestern: 1 Idiotin, 1 an *Chorea*, 1 an Apoplexie Leidende.
—		—	9		3	Unter den Brüdern: 2 Trunksüchtige, 2 Selbstmörder, 1 Idiot, 1 psychisch Zweifelhafter.
	—			8		Unter den Schwestern: 1 Idiotin, 1 Hysterische, 1 psychisch Zweifelhafte, 1 an Krämpfe †, 2 Hemeralopische.
3	2	2	106	84	32	

Ascendenz.	Nur in die Anstalt Aufgenommene.										Deren G[…]							
	Vaterseits.		Mutterseits.		Beiderseits.		Unbekannt.		Summa.		Vaterseits.			Mutterseits.			Bei[…]	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	Unbek. Geschl.	M.	Fr.	Unbek. Geschl.	M.	[Fr.]
Uebertrag . .	164	91	183	163	58	39	29	18	434	311	43	26	16	44	44	4	16	
Trunksucht . . .	23		3		3		—		29		1		—	—		—	—	
		13		1		4		—		18		1			—			—
Summa . .	187		186		61		29		463		44		16	44		4	16	
		104		164		43		18		329		27			44			1[…]
Angeborene Geisteskrankheit (ohne Störungen in der Ascendenz)									81		(Geschwister seit 1846 mit ausgeworfen.)							
										68								
Die Mütter erlitten Gemüthsbewegungen während der Schwangerschaft (von 1851 an ausgeworfen)									4									
										2								
Summa aller Erblichen .									548									
										399								
Summa .									947									

In der 8 ten Abtheilung sind ferner untergebracht: „Schlagfluss", jedoch auch nur, wo aus der Beschreibung ein krankhafter Zustand des Nervensystems sich ergab, namentlich die Fälle mit zurückbleibender Hemiplegie, stammelnder Sprache, folgendem Blödsinn. Ferner stehen hier Rückenmarksleiden, Gehirnentzündungen, Amaurose etc. Doch ist auch in diesen Fällen je nach Umständen die Kritik der Intensität des Leidens in der Ascendenz weniger scharf

…seits	…schwister. Unbekannt			Summa			Art der Nervenkrankheit unter den Geschwistern der in die Anstalt Aufgenommenen.
Unbek. Geschl.	M.	Fr.	Unbek. Geschl.	M.	Fr.	Unbek. Geschl.	
10	3	2	2	106	84	32	
—	—		—	1			
		—			1	—	
10	3	2	2	107	85	32	Unter den Brüdern: 11 Idioten, 8 Epileptische, 4 Selbstmörder, 3 Trunksücht., 6 psychisch Zweifelhafte, 1 Hemipleg., 1 an Gehirnentzündung, 1 an Apoplexie †, 1 an Neurose Leidender. Unter den Schwestern: 5 Idioten, 4 Epileptische, 3 psychisch Zweifelhafte, 2 Amaurot., 1 an *neuralg. trig.* Leidende, 2 an Gehirnentzündung †, 1 Hemipleg., 1 an Krämpfen †, 1 an Apoplex. †, 1 an *Chorea*, 1 an Hysterie, 2 an Hemeralop. Leidende. Unter den unbek. Geschlechts: 3 Idioten, 1 psychisch Zweifelhafter, 3 an Gehirnentzündung, 2 an Krämpfen †.
. . . .				67	69	11	Unter den Brüdern: 7 Idioten, 9 Epileptische, 3 Selbstmörder, 6 psychisch Zweifelhafte, 1 Trunksücht., 1 Tauber, 1 an Gehirnentzündung †. Unter den Schwestern: 5 Idioten, 8 Epileptische, 1 Hysterische, 3 psychisch Zweifelhafte, 2 Hemiplegische, 1 an *Chorea*, 1 an Krämpfen Leidende, 1 Somnambule.
				—	—		
				174	154	43	
					371		

ausgeführt, wenn z. B. beide Eltern und beide Grosseltern der einen Seite als an Schlagfluss gestorben angegeben waren und neben dem betreffenden Kranken noch eine Schwester geisteskrank war, oder wenn neben der Angabe von Schwerhörigkeit bei mehreren Familiengliedern der Ascendenz mehrere Geschwister geistes- oder nervenkrank waren. Auch die Abtheilung „Trunksucht" enthält nur die sehr ausgesprochenen Fälle, namentlich wenn sich

ergab, dass schon bei Zeugung des betreffenden Individuums das Laster der Eltern vorlag, ferner wenn z. B. bei zugleich vorliegender indirecter Erblichkeit, irgend welcher Art das Princip der Bevorzugung der directen Uebertragung angewendet wurde. Die drei letzten Abtheilungen erstrecken sich nur auf directe Erblichkeit, die 3te Unterabtheilung in den oben besprochenen Grenzen. Die Rubrik der angeborenen Krankheiten enthält also diejenigen Fälle, wo mehrere Geschwister geistes- oder nervenkrank waren, ohne dass sich diese Zustände in der Ascendenz auffinden liessen. Es sind hier jedoch die „Convulsionen", „Gehirnentzündung" und „Krämpfe", während der ersten Lebensjahre nicht berücksichtigt. Es findet sich dann noch eine Abtheilung für bestimmte Angaben von deprimirenden Gemüthsbewegungen während der Schwangerschaft der Mutter, ohne dass sich andere Erblichkeitsfactoren nachweisen liessen. Diese Nachweise beginnen jedoch erst seit

Tab

	I. Zahl der Aufnahmen.			II. Erste Aufnahme.			III. Rückfall nach geheiltem ersten Anfall		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S
Summa . . .	1,861	1,254	3,115	1,620	1,125	2,745	159	83	24

Es gehen ab bezüglich Vergleichung der Erblichkeit:

	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S
— 1835 Aufgenommene . . .	71	32	103	71	32	103	—	—	—
Fragebogen fehlen	117	67	184	107	66	173	8	1	9
Epileptische und Blödsinnige	133	60	193	126	58	184	3	1	4
Summa . . .	321	159	480	304	156	460	11	2	13
Bleibt daher bezüglich Vergleichung der Erblichkeit .	1,540	1,095	2,635	1,316	969	2,285	148	81	22
Darunter Erbliche	679	479	1,158	548	399	947	91	50	14

dem Jahre 1851. — Aus dem Angeführten ergiebt sich, dass die Vettern und Neffen, also die Eltern-Geschwister-Kinder und die Geschwister-Kinder nicht berücksichtigt sind, zum Theil aus dem Grunde, weil die Erblichkeit hier auch aus der angeheiratheten Familie stammen konnte. — Die zweite Tabelle enthält dann die nervenkranken Geschwister der in die Anstalt Aufgenommenen, die nicht in die Anstalt aufgenommenen wurden mit den Nachweisen aller Arten von Nervenkrankheiten, die bei ihnen vorkamen.

Die Zahlen der einzelnen Abtheilungen der Erblichkeit treten für sich bestimmt hervor. Es waren demnach 548 Männer, 399 Frauen, 947 Personen mit Erblichkeit (das Wort umfasst bei den folgenden Ausführungen auch das Angeborensein der Geisteskrankheit) behaftet. Die Summe, mit der wir sie bezüglich der Berechnung des Procentsatzes verglichen haben, ist folgende:

IV. Wieder-[h]olte Aufnahme [n]ach nicht [g]eheiltem [1.] Anfall			V. Summa der Geheilten.			VI. Summa der Geheilten nach Abzug der Rückfälle.			VII. Summa der geheilten Personen nach Abzug der rückf. Personen.			Procente der geheilten nach den einzelnen Kategorieen. V.			VI.			VII.		
[M].	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.			S.			S.
2	46	128	558	369	927	399	286	685	346	253	599	30	29,4	29,8			25			21,8
[Un]ter d. Geheilten sind:																				
Aufnahme			472	319	791															
[R]ückfälle			86	50	136															
-	—	—	10	2	12															
2	—	2	45	21	66															
	1	5	5	3	8															
	1	7	60	26	86															
	45	121	498	343	841															
	30	70	249	170	419	158	120	278	93	82	175			36			29½			18½

	I. Zahl der Aufnahmen.			II. Erste Aufnahme.			III. Rückfall nach geheiltem ersten Anfall		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
Nicht Erbliche	861	616	1,477	768	570	1,338	57	31	88

Von der Gesammtsumme der Aufgenommenen sind zunächst die Epileptischen und von Geburt an Blödsinnigen abgezogen. Diese haben ganz andere Verhältnisse der Erblichkeit, weswegen die Vermischung zu unreinen Resultaten führen würde. Ferner sind abgezogen diejenigen mit ganz fehlenden Fragebogen aus der früheren Zeit, deren Herbeiziehung jedenfalls die Resultate unrichtig machen würde. Auch aus den letzteren Jahren finden sich manche mit ganz fehlenden Nachrichten, die z. B. aus anderen Provinzen etc. hier erkrankten und eingeliefert wurden, doch sind diese nicht ausgeschieden, so dass also die Procentsätze in Wirklichkeit jedenfalls höher als die von uns angegebenen sind. Ferner sind abgezogen sämmtliche Rückfälle und nach nicht erfolgter Heilung wiederholt Aufgenommene. Es bleiben dann 1,316 Männer, 969 Frauen, Summa 2,285, so dass das Erblichkeitsverhältniss für die Männer 41,6, Frauen 41,2, Summa 41,4 beträgt.

Will man, zur Vergleichung mit anderen Angaben, die Zahlen haben mit Hinzurechnung der Rückfälle, so ergeben sich aus der ersten Colonne der Tabelle, nachdem die nach nicht erfolgter Heilung wiederholt Aufgenommenen beiderseits abgezogen sind: Summa der Aufgenommenen mit den Rückfällen: Männer 1,464, Frauen 1,050, Summa 2,514. Darunter Erbliche mit Rückfällen:

Männer 639, Frauen 449, Summa 1,088.
- 43,6 - 42,8 - 43,3 pCt.

Das stärkere Ueberwiegen der Männer rührt in diesem Falle daher, weil bei ihnen mehr Rückfälle in die Anstalt aufgenommen sind. Will man die Verhältnisse bei der gewöhnlich angestellten

	IV. Vieder- lte Auf- nahme ch nicht heiltem Anfall.			V. Summa der Geheilten.			VI. Summa der Geheilten nach Abzug der Rück- fälle.			VII. Summa der geheilten Personen nach Abzug der rückf. Personen.			Procente der geheilten nach den einzelnen Kategorieen. V.			VI.			VII.		
	.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.			S.			S.
. Aufnahme				196	137	333															
ückfälle				53	33	86															
	6	15	51	249	173	422	192	142	33[illegible]	142	116	258			29			25			19
. Aufnahme				220	156	376															
ückfälle				29	17	46															

Berechnung haben, wobei weder die Epileptischen, von Geburt an Blödsinnigen, die mit mangelnden Fragebogen, noch die geheilt oder ungeheilt wiederholt Aufgenommenen ausgeschieden sind, so ergiebt sich Folgendes: Summa der Aufnahmen: Männer 1,861, Frauen 1,254, Summa 3,115. Darunter Erbliche mit Epilepsie und Blödsinn: Männer 722, Frauen 496, Summa 1,218.

- 38,8 - 39,6 - 39,1 pCt.

Bei einer Berechnung für kleinere Perioden ergiebt sich Folgendes:

1836—40:	Männer 46,2;	Frauen 34,4;	Summa 41,1.
41—45:	- 45,4;	- 38,5;	- 42,3.
46—50:	- 33,9;	- 43,6;	- 38.
51—55:	- 35,8;	- 38,2;	- 36,5.
56—60:	- 44,9;	- 42,4;	- 43,7.
61—64:	- 44,5;	- 47,2;	- 45,7.

Anmerk. Berechnet man die möglichen Schwankungsgrenzen der erhaltenen Zahlen nach den *Poisson*'schen Formeln, so stellt sich Folgendes heraus:

1) Für den ganzen Zeitraum ergeben sich 947 Erbliche, 1,338 Nichterbliche, Summa 2,285. Der Antheil der Erblichen beträgt also 0,4144. Nach der Formel $a = 2\sqrt{\frac{2 \cdot m\, n}{\mu^3}}$ (*Gavarret* S. 168) berechnet sich die mögliche Schwankungsgrenze auf 0,0291, so dass also jene Ziffer der Erblichen unter denselben Umständen schwanken könnte zwischen 0,4435 und 0,3853.

2) Prüfen wir den Grad der Genauigkeit der erhobenen Erb-

lichkeit in den einzelnen Zeiträumen dadurch, dass wir festzusetzen suchen, ob die in der That stattfindenden Unterschiede innerhalb der bei gleichbleibenden Ursachen möglichen Schwankungsgrenzen bleiben, so haben wir für den Zeitraum

von 1861—64: 185 Erbliche, 220 Nichterbliche, 405 Sa.
für 1856—60: 184 - , 237 - , 421 Sa.

Das Erblichkeitsverhältniss ist daher für

1861—64 = 0,45679,
1856—60 = 0,43706,
der Unterschied = 0,01973.

Prüfen wir den bei gleichbleibender Ursache möglichen Unterschied für diese beide Gruppen von Thatsachen nach der *Poisson*'schen Formel $b = 2\sqrt{\frac{2 \cdot m\, n}{\mu^3} + \frac{2 \cdot m'\, n'}{\mu'^3}}$ (*Gavarret* S. 175), so berechnet sich diese mögliche Schwankungsgrenze auf 0,097859 so dass also jener sich ergebende Unterschied bei weitem innerhalb jener Schwankungsgrenze bleibt.

Vergleichen wir einige bezüglich des Erblichkeitsverhältnisses weiter auseinander stehende Perioden: z. B. das von 1846—50 mit dem von 1861—64, so bot jenes:

Erbliche 156, Nichterbliche 253, Summa 409, also
für die Erblichen 0,38142,
- - - 61—64 0,45679.
Unterschied = 0,07537.

Nach der eben citirten Formel berechnet sich der zulässige Unterschied ohne Veränderung der Ursachen auf 0,097558, also über jenen stattfindenden Unterschied hinaus.

3) Untersucht man, ob die bei den Erblichen beobachteten Geschlechtsunterschiede innerhalb der nach der oben citirten Formel zulässigen Grenzen fallen, oder ob hier Ungenauigkeiten der Registrirung anzunehmen sind, und nehmen wir zu diesem Zwecke weit abweichende Perioden, z. B. 1846—50 und 1861—64, so stellten die Erblichen

für 1846—50 = 80 Männer, 76 Frauen, 156 Sa.
1861—64 = 106 - , 81 - , 187 Sa.

Es betrug das Verhältniss der Männer daher

für 1846—50: 0,5128,
1861—64: 0,5668,
daher Unterschied: 0,0540,

der nach der Formel b bei gleichbleibenden Ursachen zulässige Unterschied ist aber = 0,15304, so dass jener Bruch innerhalb dieser Grenzen fällt.

Durch diese übereinstimmenden Berechnungen wäre die sich von selbst aufdringende Vermuthung, dass die höheren und mehr in sich selbst übereinstimmenden Erblichkeits-Procente der letzten Perioden der sorgfältiger erhobenen Anamnese zuzuschreiben wären, ohne weiteren Halt. Doch werden wir unsere Bedenken gegen die Ergebnisse jener Formel später vorbringen.

Stellt man einige in der Literatur vorhandene Angaben über Erblichkeit zusammen, so fand *Esquirol* (übersetzt von *Bernhard*, S. 38) in der Salpêtr. (466 Fälle) bei 22,5 pCt., in seinem Institut (264 F.) 56,8 pCt., *Brierre de Boismont* (*Dagonet*, Traité S. 190) in der Hälfte der Fälle, *Hagen* (Anstaltsbericht 1858 S. 25) 28,9 pCt. (724 F.), *Hoffmann* in Schwetz (Ztschft. XVI, S. 133*)) bei 55 Fällen Erbliche, bei 57 nicht. *Griesinger* giebt in seinem Handbuche S. 155 eine Uebersicht über eine Reihe von Angaben über Erblichkeit, die zwischen 4 pCt. und denen von *Brierre* schwanken. *Thurnam* in der Retreat (*Julius*, S. 230. u. 281) bei Geisteskrankheiten in der Ascendenz M. 32,8, Fr. 35,5, Sa. 34,2, bei Geisteskrankheiten auch unter seitlichen Verwandten 51,3 pCt., *Damerow* (Ztschft. XXII. S. 234) M. 28,4, Fr. 33,8, S. 30,7; *Sachsenberg* 1866 (Ztschft. 1866. Suppl.-H. S. 83) 38,9 (M. 31,6, Fr. 47,5); Illenauer Bericht 1866 S. 45 32,1 (M. 30,5, Fr. 33,8); *Jung* (Ztschft. XXIII. S. 214) citirt aus der Literatur: *Grainger-Stewart* bei Berücksichtigung nur von Geisteskrankheiten und Sonderbarkeiten des Charakters: 49,61 pCt. (M. 48,6, Fr. 51,0), bei Berücksichtigung anderer, erblichen Einfluss habenden Krankheiten 55,05 pCt. Es ist hier, wie bei den meisten anderen Angaben, der ausgedehnte Verwandtschaftskreis zu berücksichtigen, auf den Rücksicht genommen ist, Geschwisterkinder etc. und solche mit ganz unbestimmten Nachrichten. Nach deren Ausschluss ergiebt sich z. B. zwischen *Stewart* und Marsberg für die gesammte Erblichkeit nur folgender Unterschied: 49,0—41,4. Ferner ist in hohem Grade maassgebend die Berücksichtigung für die Diagnose sehr zweideutiger Anomalieen in der Functionirung des Nervensystems, wie die irgend welchen Sonderbarkeiten des Charakters bei *Stewart*, bei *Moreau* (*Jung* l. c.) noch viel weiter gehend: krampfhaftes Zucken der Braunen, gewisse Fehler der Aussprache, jedes von der Allgemeinheit abweichende Muskelspiel etc., so dass sich nur so die 90 pCt. bei *Burrows* und *Moreau* erklären. — Von welchem Gewichte der subjective Standpunkt des Berichterstatters, seine subjectiven Verhältnisse sind, ist jedem Sachverständigen klar.

*) In der Folge gleichbedeutend mit *Laehr*'s Zeitschrift für Psychiatrie.

In den Irrenanstalten grosser Städte werden die Kranken ohne Nachricht zugeführt, bei manchen Provinzialanstalten etc. findet ein genaues Examen der reglementsmässig begleitenden Angehörigen gerade vorzugsweise nach diesen Punkten statt. — Auf den Einfluss der vielfach kleinen Zahlen braucht nicht besonders hingewiesen zu werden. Wir stellen in Folgendem einige Angaben zusammen, bei denen zugleich der Verwandtschaftsgrad angegeben ist:

	Directe Erblichkeit.			Erblichkeit von Gross-eltern.			Indirect mit Gross-eltern.			Krankheiten des Nerven-systems.			Angeboren.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
Dagonet (1,000 F. l. c.)	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20
Güntz, Ber. S. 78 (525 Pers.) ...	11,3	12,5	11,8	—	—	—	1,3	0,9	1,1	—	—	—	7	6,8	6,7	19,6	19,6	19,6
Martini, Ber. 1860, S. 17. (8,215 Pers.)	10	15,1	12,4	1,5	3,3	2,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16,14	24,9	20,93
Jung, Ztschrft. XXI. S. 629 (3,284 Pers.)	12,3	14	13,1	1,7	1,5	1,6	5,2	4,9	5,1	3,2	4	3,6	5,8	5,6	5,7	26,5	28,3	27,3
Marsberg (Pers. 2,285)	15,4	15,9	15,6	2,1	2,6	2,3	8,0	7,1	7,6	11,6	10,9	11,3	6,15	7,02	6,52	41,6	41,2	41,4
Landenberger, 1,100 F. (Göppinger Ber.) 1866	10,9	18,7	14,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16,3

Zu der letzten Angabe ist noch zu erwähnen, dass aus später auszuführenden Gründen die M. dort gegen die Fr. zu wenig vertreten sind, dann, dass hier alle, auch die wiederholten Aufnahmen in Betracht gezogen, die Epileptischen etc. nicht ausgeschieden sind. Die geringe Ziffer für die S. ist auffallend, auch wenn man berücksichtigt, dass nur die entschiedene Geisteskrankheit in der Verwandtschaft berechnet ist. Im Berichte selbst ist die Mangelhaftigkeit der Nachrichten hervorgehoben. Zu der Tabelle ist ausserdem noch zu bemerken, dass bei *Güntz* und *Martini* die anderweiten Krankheiten des Nervensystems ausser der Geisteskrankheit nicht näher bezeichnet sind. Sie werden daher in den anderen Colonnen enthalten sein.

	Geistes-krankheiten, psychisch zweifelhafte Zustände bei Eltern und Grosseltern.			Elterngeschwister geistes-krank.			Geschwister geisteskrank			Summa.			Summa mit Krankheiten des Nervensystems in der Ascendenz.
	M.	Fr	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	
Stewart, Zahl 901 (M. 521 Fr. 380)	24,4	23,2	23,9	3,5	4,2	3,8	15,2	16,8	15,9	42,1	44,2	43,6	49,0
Marsberg, Zahl 2,285 .	19,4	20,4	19,8	5,9	4,5	5,3	6,15	7,0	6,5	31,4	31,9	31,6	41,4

In Vorstehendem sind die Angaben von *Stewart* mit denen von Marsberg nach der von *Stewart* in Anwendung gezogenen Classification zusammengestellt. Es sind demnach nur die Geisteskrankheiten in der Ascendenz und die psychisch zweifelhaften Zustände in Betracht gezogen. Vor der Vergleichung ist zu bemerken, dass bei *Stewart* sämmtliche, daher auch die wiederholten Aufnahmen in Betracht gezogen sind. Bezüglich der Geisteskrankheiten bei Eltern und Grosseltern überwiegt *Stewart*, umgekehrt verhält es sich bei den Elterngeschwistern. Wenn man bedenkt, dass Nachrichten aus der dritten vorhergehenden Generation weniger leicht und sicher zu erhalten sind, als aus der zweiten, so ist klar, dass sehr wohl in Marsberg sich solche Fälle in der zweiten Abtheilung verzeichnet finden können, die der ersten an-

gehören. Immer wird jedoch noch ein Ueberschuss bei *Stewart* bleiben. In dieser Hinsicht ist noch zu bemerken, dass *Stewart* in seiner zweiten Kategorie, wo die Eltern an einer anderen Krankheit, aber nicht an Irresein gelitten haben, oder wo die Verwandten irgend eine Krankheit oder Krankheitsanlage gezeigt haben, welche in deren Nachkommenschaft zu Irresein führte, 5,43 pCt. ergiebt, Marsberg für die anderweiten Krankheiten des Nervensystems, welche Epilepsie, Blöd- (Schwach-) sinn, Hysterie etc. in der Ascendenz enthalten, 9 pCt. Es liegt auf der Hand, dass in dieser Gruppe manche Zustände enthalten sind, welche in die Kategorie bei *Stewart*: Geisteskrankheiten oder irgend welche Sonderbarkeiten des Charakters fallen, welche *Stewart* in jene erste Kategorie untergebracht hat, und die bei Marsberg nach dem Principe der Grundkrankheit gruppirt sind. Demnach ergiebt auch bei *Stewart* die S. der directen und indirecten Geisteskrankheiten und Krankheiten des Nervensystems 33,1 pCt., für Marsberg 34,1, also wenn man sogleich Beizubringendes erwägt, eine ausserordentliche Uebereinstimmung unter diesen Umständen. — Von der Geschlechtsverschiedenheit bei *Stewart* bei Abstammung von geisteskranken Eltern und Grosseltern wird später noch die Rede sein. Dagegen zeigt die Gruppe des Angeborenseins, der Geisteskrankheiten unter den Geschwistern, diese bei den anderen Angaben so übereinstimmende Gruppe, eine ausserordentliche Abweichung. Zur Erklärung derselben dürfte man, da an einen sachlichen Unterschied bei der grossen Uebereinstimmung nach allen Richtungen der Ascendenz nicht zu denken ist, zunächst eine vielleicht weite Ausdehnung des Begriffs: „irgend welche Sonderbarkeit im Charakter" vermuthen. Ferner drängt sich die Wahrscheinlichkeit auf, dass bei einer ausgedehnteren Irrenfürsorge, wie sie in Schottland besteht, eine grössere Zahl von erkrankten Geschwistern aufgenommen wird, als in Marsberg. Dass dies die Zahl für das Angeborensein erhöhen muss, wird klar, wenn man erwägt, dass nach den Marsberger Daten bezüglich letzterer die Anzahl der nicht in die Anstalt aufgenommenen geisteskranken Geschwister, jene in der Anstalt übertraf, während die nicht in die Anstalt aufgenommenen Geschwister bei der Erblichkeit in der Ascendenz etwas mehr als den vierten Theil ausmachten. Endlich ist noch zu bedenken, dass das Leiden in der Ascendenz bei der Marsberger Registrirung vorzugsweise maassgebend gewesen ist, also bei Nervenleiden aller Art, ausgesprochenem Schwachsinn, excentrischem Wesen etc. bei den Eltern, diese Beziehung zur Einreihung benutzt ist, wenn auch mehrere geistes-

kranke Geschwister vorhanden waren. Dass bei *Stewart* anders verfahren ist, dafür dürfte der Umstand sprechen, dass die Ziffer für Geisteskrankheiten und Krankheiten des Nervensystems in der Ascendenz bei *Stewart* geringer ist, als für Marsberg, während sie bei ihm durch die mitberücksichtigten wiederholten Aufnahmen grösser sein sollte. Die Grösse dieses letzten Umstandes, die verschiedene Registrirung betreffend, ersieht man aus der letzten Spalte, welche die Summe der bisher besprochenen Abtheilungen und der anderweiten Krankheiten des Nervensystems (Abtheilung 2 bei *Stewart*) umfasst. Der jetzt noch bestehende Unterschied muss also auf die anderen Gründe der Abweichung betreffs des Angeborenseins kommen. Die vorletzte Abtheilung zeigt natürlich grössere Abweichungen als die letzte. Der Geschlechtsunterschied der vorletzten ist bei *Stewart* grösser, als in Marsberg, erklärlich vielleicht dadurch, dass dort die wiederholten Aufnahmen mitberechnet sind, von denen die Frauen mehr betroffen sind. — In Folgendem sind die Ergebnisse der Irrenzählung in Mecklenburg von *Löwenhardt* zur Anschauung gebracht worden.

	Erblichkeit in aufsteigender Linie (Geisteskranke, Selbstmörder).			Säufer.			Angeboren.			Unbestimmte Erblichkeit.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
Löwenhardt, Irrenzählung in Mecklenburg, 1865, Ztschr. 1866. Suppl.-Heft. Gesammt Zahl: M. 464, Fr. 457, S. 921.	15,7	17,3	16,3	0,9	1,3	1,1	4,1	6,5	5,3	5,0	7,2	6,1	25,4	32,4	28,9

Man darf von vornherein nicht geneigt sein, eine zu grosse Uebereinstimmung zwischen den Resultaten der Aufnahmen in die Irrenanstalten, welche sich in höherem Grade den Erkrankungsverhältnissen nähern, und den stationairen Verhältnissen einer Bevölkerung zu erwarten, da die verschiedene Heilbarkeit und Sterblichkeit der erblichen und nichterblichen Geisteskranken Verschiedenheiten

bedingen können. Es ist hier die directe und indirecte Erblichkeit von Geisteskrankheit zusammengefasst, und steht das Resultat unter *Jung* (16,3—18,2). Auch zeigt sich wieder das Uebergewicht der Fr. Bezüglich der anderweiten Krankheiten des Nervensystems ist bei *Löwenhardt* nur von Trunksucht die Rede. Da also die für Marsberg mit grossen Zahlen auftretenden anderweiten Krankheiten des Nervensystems mit Ausnahme der Epilepsie fehlen, so erklärt sich die kleine Zahl. Das Angeborensein zeigt wieder grosse Uebereinstimmung. Wenn man sich die Rubrik: Unbestimmte Erblichkeit (welche hier nach der Stellung auch Erblichkeit in der Ascendenz zu enthalten scheint) auf die anderen Rubriken vertheilt denkt, so hat man um so mehr Grund zu der Annahme, dass die Resultate mit denen von Marsberg eine grosse principielle Uebereinstimmung haben. Die Abweichung der S. hat den Hauptgrund in der Rubrik: Andere Krankheiten des Nervensystems. Aus allem Angeführten ergiebt sich, dass, mit Ausnahme des Angeborenseins für *Stewart*, in allen anderen Beziehungen, eine grosse Uebereinstimmung für alle Verhältnisse der Erblichkeit unter den verschiedensten Umständen hervortritt, und dass dieselbe um so grösser wird, je gleichförmiger und strenger die Eintheilung der einzelnen Abtheilungen eingehalten wird. — Für die Vermuthung, dass die Grösse der Erblichkeit bei verschiedenen Bevölkerungen nicht allzu verschieden ist, spricht noch eine besondere Erwägung. Es wird sich nämlich nach Späterem herausstellen, dass ein grosser und durchgreifender Unterschied zwischen den Erblichen und Nichterblichen bezüglich einer Reihe von Gesichtspunkten stattfindet, des Lebensalters der Erkrankung, der Genesung, der Rückfälle, der Sterblichkeit etc. Wären daher die Erblichen und Nichterblichen in einer Bevölkerung sehr ungleichmässig gemischt, so müssten sich auch für die Ganzen durchgreifende Verschiedenheiten in verschiedenen Anstalten ergeben. Da jedoch die vorhandenen Verschiedenheiten derselben sehr wohl die Deutung nach anderen Momenten, wie sich ergeben wird, zulassen, so wird auch der umgekehrte Schluss erlaubt sein.

Die Geschlechtsverschiedenheiten der einzelnen Abtheilungen treten von selbst hervor.

Es mag noch erwähnt werden, dass nach unserer Tabelle 8*), welche auch die Geschwister der in die Anstalt Aufgenommenen enthält, sich das Uebergewicht des weiblichen Geschlechts sowohl für die directe Erblichkeit, als auch für die Krankheiten des Ner-

*) Dieselbe ist fortgelassen.

vensystems, als auch für das Angeborenseis ergiebt. Auch *Martini* (l. c.) giebt für die nicht in die Anstalt aufgenommenen geisteskranken Geschwister ein Uebergewicht der Frauen an, nämlich, berechnet nach der Zahl der in die Anstalt aufgenommenen Personen M. 6,8, Fr. 9,5 pCt, ebenso *Jung* (Ztschft. 1865, S. 623). Aus diesen Einzelresultaten ist das Gesammtresultat der Erblichkeit erklärlich am Schlusse der vorstehenden Tabellen, ebenso wie es im Vorhergehenden nach anderen Angaben mitgetheilt ist, nämlich für die Mehrzahl ein Uebergewicht der Fr. Es wird später noch von dem Einflusse die Rede sein, den die wiederholten Aufnahmen auf die Erblichkeitsziffer der Geschlechter ausüben, sowie von den Gründen für die verschiedene Gestaltung der Erblichkeitsziffer nach den Geschlechtern in den einzelnen besprochenen Abtheilungen. — In Betreff der grossen Verschiedenheiten der Erblichkeitsziffer nach den Geschlechtern in der S., wie sie bei den einzelnen Zeiträumen von Marsberg, sowie bei anderen Statistikern hervortrat, dürften sich bereits einige Gründe ergeben haben, welche dafür sprechen, dass sie mehr zurücktreten, je grösser die Zeiträume, je grösser die Zahlen und je genauer die Nachrichten sind.

Es werden Bedenken vorgebracht gegen den Werth der in den Anstalten erhobenen Procentverhältnisse der Erblichkeit, als ob sie die normalen, auch für die Geisteskranken ausserhalb der Anstalten maassgebenden wären (z. B. *Martini*, Anstaltsbericht 1864, S. 29). Da diese Bedenken speciell auch bei der Art der von uns gezogenen Folgerungen gleicherweise gegen eine Reihe der von uns verfolgten Probleme, z. B. das Lebensalter, die Dauer der Geistesstörung bis zum Tode etc. anwendbar sind, so wollen wir alles Erforderliche darüber hier im Zusammenhange vorbringen und später auf diese Stelle verwiesen haben. Weil diese Bedenken gegen den Kern des Werthes eines grossen Theils unserer und aller anderen Untersuchungen gerichtet sind, so sind die Gründe dafür ohne vorgefasste Meinung nach allen Gesichtspunkten der Erfahrung und Reflexion zu prüfen.

Da man bei der geringen Ausbreitung statistischer Methoden in der psychiatrischen Literatur ganz elementare Verhältnisse nicht übergehen darf, so mag ein solches sofort hervorgehoben werden. Es ist dies allen statistischen Untersuchungen zu Grunde liegende sogenannte Gesetz der grossen Zahlen, dass das die Erscheinungen beherrschende Gesetz schon bei einer verhältnissmässig geringen Anzahl von Fällen zu Tage tritt, deren Zahl sich nach der Wirkungsintensität der den verschiedenen Erscheinungen zu Grunde liegenden Ursachen richtet. Würde so unter allen den

verschiedenen Verhältnissen, unter denen sich die Geisteskranken befinden, je nach Geschlecht, Lebensalter, Begüterung, Profession etc. der gleichvielte Theil zur Anstalt geschickt, d. h. läge in jeder dieser Eigenschaften nicht Etwas, was die Einlieferung in die Anstalt vor den anderen verhinderte oder beschleunigte, so würde man bei einer gewissen Anzahl aufgesammelter Fälle das für die Geisteskranken in der Provinz maassgebende Verhältniss je nach Geschlecht, Alter etc., auch für die in die Anstalt aufgenommenen wieder finden. Diese Prämisse trifft nun nicht zu. Wir haben die Thatsache constatirt und finden sich im früheren und späteren Theil Gründe für die Behauptung, dass die Geschlechter nicht in gleichem Maasse, der Erkrankung entsprechend, unter den Aufgenommenen betheiligt sind, dass die Kreise in verschiedenem Maasse ihre Erkrankten einliefern, wodurch nothwendig die in den je einzelnen vertretenen verschiedenen Professionen in verschiedenem Maasse in der Anstalt vertreten sein müssen. Es ist ferner wahrscheinlich, dass der Zahlungsmodus (für die Armen die Gemeinde, die Anderen selbst) eine Verschiedenheit der Ansammlung der Armen und Wohlhabenden in der Anstalt von denen draussen zur Folge haben wird. Es würde deswegen ein vergebliches Bemühen sein, aus den Verhältnisszahlen der besprochenen Kategorieen in der Anstalt, deren Erkrankungs-Disposition ermitteln zu wollen. In anderer Beziehung jedoch zeigt sich auch bei unseren Untersuchungen das angezogene Gesetz der grossen Zahlen in hinreichend exacter und nutzbringender Weise. Indem nämlich sämmtliche von der Anstalt aufgenommene Fälle unter einer geschlossenen Gesammtheit von Ursachen stehen, welche ihre Ansammlung in der Anstalt bewirkt haben (Erkrankung je nach den verschiedensten Umständen, Zahlungsfähigkeit, Intelligenz bezüglich der Einlieferung etc.) gilt diese Gesammtheit von Ursachen auch für jeden zufällig aus der Gesammtheit genommenen Theil. Es kehren deswegen für jeden derselben, wenn er gross genug ist, die Eigenschaften des Ganzen innerhalb gewisser Grenzen wieder. So findet man für jede der für sich untersuchten 5jährigen Perioden die Verhältnisse der Erblichkeit, wie sie für den ganzen Zeitraum sich herausgestellt haben, innerhalb gewisser Grenzen wieder. Dass sie für die letzten Zeiträume etwas gestiegen sind, findet in einer während dieser hinzugekommenen Ursache, der genaueren Ermittelung, seine Erklärung Es beobachtet ferner in demselben Zeitraume das Verhältniss der Fälle je nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme von dem ersten bis zu dem letzten Theil-Zeitraum einen ganz bestimmten Gang,

indem nur die grössere Popularität der Anstalt und andere Umstände während der letzten Zeit ein grösseres Anschwellen der frischen Fälle hervorbringen. Es gilt nun dieselbe Gesetzmässigkeit, wenn man die betreffenden Fälle nicht nach Jahren und nach Jahrfünften, sondern auch sonst zufällig herausgreift, wenn dabei nicht etwa besondere Ursachen mit abändernder Einwirkung zur Geltung gelangen und die betreffenden Fälle eine hinreichend hohe Zahl erreicht haben. Indem wir z. B. das Verhältniss des Civilstandes bei allen Fällen unterschiedslos festgestellt hatten, kehrte dies selbe Verhältniss wieder; als wir zur Bestimmung des Lebensalters und der Krankheitsdauer vor der Aufnahme, einen Theil dieser Fälle ausmerzen mussten. Ebenso kehrte das Verhältniss der Erblichen zu den Nichterblichen, das wir bei einer Reihe von Fällen festgestellt hatten, wieder, als wir nur einen Theil derselben zur Bestimmung des Lebensalters benutzen konnten. Indem wir ferner das Verhältniss der Confessionen festgestellt hatten, kehrte dasselbe wieder, als wir zur Bestimmung des Verhältnisses der Erblichkeit, einen Theil der Fälle ausschieden, und die sehr geringe Abweichung erklärte sich als nothwendig aus den hier mitberechneten ausländischen, grösstentheils evangelischen Aufnahmen. Es ist eben ein Gesetz der Zahlen, dass, wenn die Gesammtheit der Ursachen unverändert geblieben ist, das die Erscheinungen beherrschende Gesetz schon aus einem Theile des Ganzen hervorgeht. Aus diesem Grunde erklären wir die von uns befolgte Methode, die Fälle mit unbekannter fraglicher Qualität bei der Berechnung auszuscheiden, im Gegensatz mit anderen sonst befolgten, für die allein richtige. Bei der Erblichkeit ist das Verhältniss der Erblichen nur zu den Fällen mit Angabe über dieselbe festzustellen, nicht zu allen Fällen, auch denen ohne alle Nachrichten. Dasselbe gilt z. B. von der Bestimmung des Lebensalters, der Krankheitsdauer. Es folgt daraus für Bestimmung dieser letzteren beiden Kategorieen eine weitere Regel, während ohne diesen principiellen Gesichtspunkt eine ganz entgegengesetzte und zu weniger richtigen Resultaten führende Methode zur Anwendung kommt. Wir haben nämlich nur diejenigen Fälle zur Bestimmung benutzt, wo klare, bestimmte und anscheinend zuverlässige Angaben vorlagen, sowohl zur Bestimmung des Lebensalters, als der Krankheitsdauer; diejenigen mit mangelhaften Nachrichten wegen Nachlässigkeit etc. der Aussteller, wenn nicht eine nachträgliche Ergänzung möglich war, sind fortgeblieben. Jedoch muss man auf seiner Huth sein, dass sich nicht in die Kategorie der unbekannten und deswegen ausgeschiedenen Fälle etwas einschleiche,

was nicht unter der Herrschaft der für die übrigen Fälle gültigen Ursachen stehe, dass im Gegentheil die Unbekanntschaft der fraglichen Qualität von Ursachen mit specieller Wirksamkeit herrühre. Es wäre z. B. möglich, dass die mangelhaften Nachrichten über das Lebensalter dem Umstande zuzuschreiben wäre, dass ein so genau bestimmter Anfang wie bei der grossen Mehrzahl der Fälle, nicht vorlag, dass z. B. eine allmählige Heranbildung aus ursprünglich auffallenden, noch relativ gesunden Charakter- und Temperamentseigenthümlichkeiten bis zur evidenten Geistesstörung vorläge. Es wäre dann zugleich möglich, dass diese Fälle wegen ihrer besonderen Natur auch eine von den anderen verschiedene Erkrankungsordnung bezüglich der Lebensalter befolgten. Die verhältnissmässig geringe Zahl dieser Fälle würde die aus vorliegenden Gründen bei endgültiger Festsetzung der Erkrankungsordnung der Lebensalter vorzunehmende Correctur als eine geringfügige erscheinen lassen. Dasselbe gilt für die Krankheitsdauer dieser Fälle. Es ist jedoch bei der Krankheitsdauer überhaupt noch speciell Folgendes zu bemerken: Es liegt in der Natur der Sache, dass, wenn es sich um eine genaue Festsetzung des Beginnes der Erkrankung handelt, die Fälle mit sehr langer, jahrelanger Krankheitsdauer sich dieser Bestimmung mehr entziehen werden, als die ganz frischen Fälle. Es werden daher unter den Fällen mit unbekannter Krankheitsdauer sich verhältnissmässig mehr alte, als frische Fälle befinden. Man wird daher nicht ganz recht thun, die von uns gefundene Kategorisirung der Fälle je nach frischen und alten als die für alle Fälle gültige anzunehmen. Es wird im Gegentheil das wirkliche Verhältniss etwas ungünstiger ausfallen. Bei genauer Uebersicht, wobei zu berücksichtigen, dass die Zahl der Fälle mit unbekannter Krankheitsdauer für die letzte Periode eine sehr geringe ist (etwas über 3 Procent), dürfte die hierdurch veranlasste Störung nur eine geringe sein. Man wird aus diesen Gründen ferner bezüglich des Genesungsverhältnisses je nach der Krankheitsdauer das für die Fälle mit sehr langer Krankheitsdauer vielleicht als weniger allgemein gültig finden, jedenfalls das für die Fälle mit bestimmter Krankheitsdauer gefundene Genesungsverhältniss günstiger, als für die Gesammtheit der Fälle. — Diese Ausführungen hatten den Zweck, den Werth der für einzelne Theile gefundenen Verhältnisse zu prüfen bezüglich der Gesammtheit der Aufgenommenen; kehren wir zu dem ursprünglich vorliegenden Problem zurück, den Werth der bei unseren Aufgenommenen erhaltenen Resultate nach diesen allgemeinen Gesichtspunkten zu prüfen bezüglich ihrer Gültig-

keit für die allgemeinen Verhältnisse der Bevölkerung in der Provinz.

Nachdem Anfangs auseinandergesetzt worden, dass das Verhältniss der einzelnen Kategorieen der Aufgenommenen unter einander je nach Geschlecht, Profession, Wohlhabenheit und Armuth, Stadt und Land etc. keinen Schluss erlaubt auf das Verhältniss derselben Kategorieen der Geisteskranken zu einander ausserhalb der Anstalt, und dass es deswegen wissenschaftlich in dieser Hinsicht eine nutzlose Zahlenanhäufung wäre, dieselben zusammenzustellen, handelt es sich um die Prüfung, ob durch diese Verschiedenheit der Betheiligung der genannten Kategorieen der Aufgenommenen auch die allgemeinen Verhältnisse derselben, die Betheiligung der einzelnen Lebensalter, der Erblichkeit, die Genesungen und Todesfälle, letztere an und für sich und je nach dem Lebensalter, der Krankheitsdauer etc., eine Einbusse bezüglich ihrer Gültigkeit für die geisteskranke Bevölkerung ausserhalb erleiden. Bedenken in bejahendem Sinne dieser Frage könnte man aus den Unterschieden der Resultate der Erkrankung und Sterblichkeit der gewöhnlichen Spitäler mit den betreffenden Resultaten, die aus der ganzen Bevölkerung gewonnen sind, entnehmen.

Das Unzureichende der Resultate gewöhnlicher Spitäler in grossen Städten zur Gewinnung allgemeiner für die ganze Bevölkerung gültiger Resultate ergiebt sich mit Nothwendigkeit aus den Eigenthümlichkeiten derselben. Beispielshalber möge deren Lage in grossen Städten mit deren abweichenden Zusammensetzung der einzelnen Altersklassen, deren locale Lage und Aufnahmeverhältnisse namhaft gemacht werden, wodurch gewisse Klassen der Bevölkerung von selbst ganz oder zum Theil von der Aufnahme ausgeschlossen werden, und die gewonnenen Resultate daher ausschliesslich einer ausnahmsweise situirten, z. B. der armen Bevölkerung entsprechen. Es stellen sich ferner Besonderheiten bezüglich der Hospitalergebnisse heraus, sei es aus ihnen selbst, ihrer Verwaltung, Bestimmung, sei es aus der sie benutzenden Bevölkerung (ausschweifend, rascher lebend, syphilitisch etc.), ferner Schwankungen wegen localer, epidemischer Verhältnisse heraus, welche der Gewinnung für die ganze Bevölkerung maassgebender Resultate im Wege stehen. Andere und die wichtigsten Mängel der Hospitalergebnisse ergeben sich ferner aus der ungleichen Vertheilung der einzelnen Altersstufen in dieselben. Indem nämlich z. B. die Kinder und vielleicht auch alte Leute weniger darin vertreten sind, als die Erwachsenen, indem diese vorzugsweise

der ärmeren Bevölkerungsklasse angehören, welche viel weniger an alten und ganz alten Individuen stellen, als die gesammte Bevölkerung, können dadurch bedeutende Abweichungen der Sterblichkeit und der Erkrankung an einzelnen Krankheiten von denen der Gesammtbevölkerung hervorgebracht werden. Indem nämlich die bedeutendste Einwirkung auf die Sterbeziffer durch die Sterblichkeit der Kinder hervorgebracht wird, fehlt dies Moment ganz oder zum Theil. Da ferner z. B. das Lebensalter von 20—30 Jahren ein bedeutendes Contingent an Lungentuberculose stellt, dieses Alter aus angeführten Gründen unverhältnissmässig prävalirt, da dieser Alterseinfluss noch bedeutend vermehrt wird durch die Beschaffenheit der ärmeren Volksklasse, welche vertreten ist, so würde man sehr irren, wenn man diese gewonnenen Resultate als maassgebend nähme für die Bevölkerung im Ganzen, sowohl bezüglich des Vorkommens der Tuberculose in ihr, als auch bezüglich ihres Zahlenverhältnisses zu anderen Krankheiten. — Alle diese Bedenken, und sie dürften die wesentlichsten umfassen, passen nur in viel geringerem Maasse oder gar nicht auf die in in den Provinzial-Irrenanstalten gewonnenen Resultate.

Zunächst erstrecken sich die Aufnahmen auf alle Theile und Kategorieen der überhaupt möglichen Kranken. Dagegen lässt sich in Anbetracht der früher berührten Verschiedenheiten einzelner Professionen und Stände nicht läugnen, dass z. B. Wohlhabende mehr vertreten sein können als Arme, und dass, wenn diese besondere Eigenthümlichkeiten hätten, das allgemeine Verhältniss der Bevölkerung dadurch gestört werden könnte. Wäre z. B. unter den wohlhabenden Landleuten Heirathen unter Blutsverwandten und dadurch vielleicht die Erblichkeit häufiger, so würden wir dadurch um einen Bruchtheil grössere Zahlen für das Erblichkeitsverhältniss bekommen. Gehen wir ferner über zu den Schwankungen der Krankheiten nach Ort und Zeit, epidemischen und endemischen Verhältnissen, so sind natürlich bezüglich der Irrenanstalt selbst der grösste Theil der Einflüsse ausgeschlossen, und bezüglich der Verhältnisse der Provinz tritt eben der grundsätzliche Unterschied der Geisteskrankheiten von einem grossen Theil anderweitiger Krankheiten hervor. Wenn es bezüglich der Sterblichkeitsziffer zutrifft, dass nach Misserndten, Noth, Epidemie etc. ein baldiges und bedeutendes Steigen eintritt, wenn man z. B. in derselben Stadt zu verschiedenen Zeiten die Todesfälle an Typhus sich so ungleich vertheilen sieht, dass (*Oesterlen*, Handbuch der medicinischen Statistik S. 449 u. 451) in London bis zum 15ten Jahre 1 × 43 pCt., dann 34 pCt. Todesfälle erfolgen, wenn hier bis zum 10ten Jahre 1 × 37 pCt., in Genf 6,4, in Nassau 9,8 pCt.

Todesfälle erfolgen, so ergiebt sich eine solche Ungleichheit bei einer exacten Statistik der Geisteskrankheiten nicht. Wenn bei jenen, den sogenannten somatischen Krankheiten, schon ein höherer Ueberblick, grössere Zahlen und ein Absehen von mancherlei Störungen dazu gehört, um zu ähnlichen Schlussfolgerungen zu gelangen, so drängt sich bei den Geisteskrankheiten schon für kleinere Verhältnisse die Anschauung auf, dass man es nicht mit acut auftretenden, aus zufälligen Einflüssen entstandenen Störungen, sondern mit jahrelangen Entwickelungen, dem Leben der Generation selbst innehaftenden Störungen, zum grossen Theil mit solchen, die der vorgehenden Generation und noch höher hinauf angehören, zu thun hat. Keine Thatsachen sind bis jetzt bekannt, welche im Grossen und Ganzen dafür sprechen, dass einzelne Orte der Provinz, oder Zeiten, oder Stände, mit Ausnahme etwa des oben Angeführten, einen irgend nennenswerthen Einfluss auf die Hervorbringung von Geisteskrankheiten gewinnen. — Wir gehen über zu den Störungen, die die verschiedene Einlieferung der einzelnen Altersstufen auf das zu Tage Treten der einzelnen Beziehungen der Geistesstörung ausübt. In diesem, dem wichtigsten Punkte, ist die Statistik der Geistesstörungen vor Allem besser situirt, als die der somatischen Krankheiten. Von 15—45 Jahren erfolgen nach Tabelle 34—81,4 pCt. sämmtlicher Geistesstörungen, also der bei weitem grösste Theil, dies Alter ist aber dasjenige, welches von den Störungen in seinem Procentsatz an der Gesammtbevölkerung am meisten frei ist. Bei *Oesterlen* (S. 158 und 159) befinden sich Bevölkerungsangaben für eine Reihe von Ländern, wo z. B. Preussen von 14—45 Jahren fast ebensoviele Einwohner stellt, als andere, sonst bezüglich der Altersvertheilung sehr abweichende Länder (Frankreich, Niederlande), während es bis zum 14ten Jahr viel mehr, in den höheren und höchsten Klassen viel weniger stellt. Man könnte nun freilich sagen, unsere Zahlen für die niedrigsten und höchsten Altersklassen seien deswegen so gering, weil aus ihnen weniger, als aus den anderen eingeliefert wären, während sie in Wirklichkeit sich stärker an der Erkrankung betheiligten. Dieser Vorwurf ist vollkommen begründet und bei Abschätzung der Resultate im Auge zu behalten. Für die übrigen Klassen lässt sich, soweit sie die in der Anstalt vertretenen Formen betreffen, kein irgend wie glaubwürdiger Grund anführen, weshalb die einen vor den anderen mehr vertreten sein sollten. Namentlich wird sich für uns speciell ergeben, dass nicht etwa bei den Frauen die Verheiratheten und spätere Jahrgänge vor den Unverheiratheten und jüngeren Jahrgängen mehr zu Hause

gehalten werden. — Man könnte nun ferner einzelne Ungleichheiten betreffs der in der Anstalt erhaltenen Daten daher deduciren, dass die Frauen, die nicht in entsprechendem Masse vertreten sind, bezüglich des Lebensalters Verschiedenheiten von den Männern zeigen, dass also dadurch bezüglich der Summa der Geschlechter nicht das ganz richtige Procent-Verhältniss sich ergeben kann, dass ebenso bezüglich der Erblichkeit die Geschlechter etwas differiren, und dasselbe daher von der Summa gilt, dass ferner, da die Wohlhabenden länger leben, vielleicht mehr Erbliche stellen, die Erblichen und Nichterblichen sich aber verschieden auf die einzelnen Lebensalter vertheilen, dadurch ebenfalls Störungen des betreffenden Verhältnisses der Bevölkerung bedingt werden. Alle diese Einwürfe bedeuten sehr wenig, da es sich vor der Hand nicht um endgültige Festsetzung und minutiöse Einzelheiten für alle Verhältnisse, sondern um auf grossen Zahlen und Verhältnissen beruhende Grundziffern handelt. Es thut der wachtvollen Ziffer von 40 pCt. Erblichkeit keinen Eintrag, ob Bruchtheile von 1 pCt. hinzukommen oder abgehen. Die Correctur könnte im Gegentheil viel mehr auf die zum Theil unvollkommenen Nachrichten gewandt werden. Bezüglich des Lebensalters ist natürlich abzuwarten, wie fern die Bildung besonderer Kategorieen, je nach Stand, langlebenden Berufsarten etc. Aenderungen der bisher gewonnenen Ziffern ergeben werden. — Wenn wir bisher von den Anstaltsresultaten Vorwürfe abzuwenden haben, so haben sie vor allen anderswie gewonnenen Resultaten auch ganz bedeutende Vorzüge. Diese sind die viel genauere Constatirung und wiederholte Controle der Thatsachen, die unmittelbare und unausgesetzte Handhabung derselben durch den allein Sachverständigen. Hier vor Allem dürfte ein verhältnissmässig geringeres und um so exacteres Material den Vorzug verdienen vor einem grossen und nicht exacten. Sieht man sich nach Analogieen in der Literatur um, wo die eigentlichen statistischen Sachverständigen sich nicht scheuen, Schlussfolgerungen zu ziehen, so dürften die Anstaltsresultate zum Theil nicht zurückzustehen haben. *Oesterlen* (Handbuch S. 57) citirt: Das Verhältniss der Geschlechter bei den Neugeborenen (also ein mit so wenig Intensität einwirkendes Gesetz) tritt bei 10,000 Seelen in 1 Jahre hervor. Man kennt ferner nicht alle in einem Lande begangenen Verbrechen, es werden nicht alle angeklagten und wirklich begangenen verurtheilt, und doch macht man Zusammenstellungen und Schlüsse bezüglich der Prädisposition durch Bildungsstufe, Wohlhabenheit, Lebensalter etc. und Niemand bezweifelt deren Gültigkeit. Aehnliches gilt von den

Selbstmorden. Es werden ferner von manchen Statistikern den Mortalitätstafeln einzelner Lebensversicherungsgesellschaften, die nur über eine verhältnissmässig kleine Zahl verfügen, die aus theilweise den verschiedensten Bezirken und Verhältnissen zusammenfliesst, grössere Bedeutung bezüglich Darstellung der wirklichen Absterbeordnung etc. beigelegt, als den aus den Volkszählungen und ermittelten Todesfällen einer Bevölkerung abgeleiteten. Bezüglich der Morbilität der einzelnen Lebensalter im Ganzen, je nach Zahl, Dauer, Tödtlichkeit der Erkrankungen besitzt man nur einige Angaben von Arbeitervereinen. Man räumt ihnen Bedeutung bei bezüglich der Disposition der Lebensalter in den angedeuteten Richtungen, und doch würden sie sich für andere Verhältnisse zu ganz anderen Zahlen gestalten etc. etc. Bei allen diesen und bei unseren Untersuchungen stellen sich zweierlei Gesichtspunkte heraus, zuerst dass die allgemeineren Gesetze des Erkrankens etc. je nach Altersstufe, Geschlecht etc. ihren hinreichend gekennzeichneten Ausdruck innerhalb gewisser Grenzen finden, was dadurch bedingt ist, dass von den wesentlichen Ursachen des Erkrankens etc. der vorliegenden Kategorie keine fehlen. Dass diese Grenzen für unsere Verhältnisse nicht überschritten sind, lehrt ausser allen Reflexionen ein thatsächlicher Vergleich mit den Resultaten Anderer unter anderen Verhältnissen, wie sie gelegentlich beigebracht sind. Der zweite Gesichtspunkt ist der, dass alle zusammengebrachten auch noch so genauen Resultate nur ihren strengen Werth und Maassstab behalten für die Verhältnisse, aus denen sie gearbeitet sind, und dass sie für andere Verhältnisse innerhalb gewisser Grenzen immer wieder andere Gestalt und Werth annehmen. Dies findet z. B. für unseren Gegenstand in mehrfacher Weise statt. Es ist z. B. sicher, dass ausser den in die Anstalt gelangten Fällen draussen noch eine Reihe anderer existiren, z B. schnell vorübergehende Delirien, oder sich langsam heranbildende hypochondrische Verstimmungen, Excentricitäten etc., welche sowohl bezüglich der Erblichkeit, des Lebensalters, Genesungs- und Sterblichkeitsverhältnisse von unseren Resultaten nicht unbedeutend abweichende Verhältnisse ergeben. Wir werden vielfache Beläge beibringen, dass z. B. die Fälle mit einer Krankheitsdauer von 0—6 Monaten vor der Aufnahme in verschiedenen Anstalten ihrer Natur, Genesungsfähigkeit nach etc. sehr verschieden sind. Aehnliche Cautelen werden wir zur richtigen Beurtheilung der Sterblichkeitsverhältnisse als nothwendig nachweisen. Alle diese Gründe liegen ausserhalb der Anstalt. Ein Theil zur anderen Gestaltung der Ergebnisse liegt in ihr. Man

kann z. B. bei derselben Anstalt vielfach constatiren, dass sie in einem frühen Zeitraum höhere Genesungs-Procente liefert — abgesehen von Verschiedenheiten der Berechnung — als in einem späteren. Ebenso eine Anstalt vor der anderen unter denselben Verhältnissen. Hier ist vielfach eine Verschiedenheit des Begriffes Genesung maassgebend. Man kann ferner nachweisen, dass bei geheilten Fällen derselben Qualität die Krankheitsdauer bis zum Termin der Entlassung in einem früheren Zeitraume eine längere war, als später. Dies findet in liberaleren Principien der Entlassung seinen Grund. Ein dritter Grund für die Verschiedenheit der Ergebnisse liegt in den subjectiven Verhältnissen des Berichterstatters, den vorhandenen oder mangelnden Nachrichten.

Unter einer Reihe von Fällen, wie sie in Wirklichkeit hier vorkommen, und sich Jedem aufdrängen, möge nur einer genannt werden. Eine Anstalt bezieht ihre Kranken aus zwei Bezirken, einem intelligenten und wohlhabenden und einem entgegengesetzter Qualität. Der erste wird eine grosse Anzahl von Frauen liefern, hinreichend genaue Nachrichten, auch solche über Erblichkeit. Der zweite wenige Frauen, wenige Nachrichten, auch solche über Erblichkeit. Das Resultat wird sein, dass in der Zusammenstellung die Frauen mit einem unverhältnissmässigen Contingent von Erblichkeit vertreten sind, während sie vielleicht in Wirklichkeit nicht so verschieden sind. — Allen diesen Umständen ist gewiss in vollem Maasse Rechnung getragen. Dagegen ist die andere Ansicht, dass für die ausserhalb der Anstalt vorhandenen Fälle von Geisteskrankheit, die den in die Anstalt gebrachten ähnlich sind — und dies gilt für den grössten Theil derselben, speciell für gewisse Gesichtspunkte der Betrachtung, wenn sie die Dauer der Fälle der Anstalt erreicht haben, andere Verhältnisse der Erblichkeit, des Lebensalters, der Genesungs-, Sterblichkeitsverhältnisse etc. obwalten, ein durch nichts zu begründender, im Gegentheil durch alle Gründe zurückzuweisender Skepticismus.

Wir gehen an eine Berechnung der Grösse des väterlichen und mütterlichen Einflusses auf die Descendenz und jedes derselben je auf die Söhne und Töchter. Bezüglich der einzuschlagenden Methode der Berechnung ist zu bemerken, dass man, wenn es möglich wäre, die wirklichen Werthe des väterlichen und mütterlichen Einflusses in einer Bevölkerung und jedes für die Geschlechter, zu ermitteln, die gefundenen Zahlen direct mit einander vergleichen müsste, um so sachlich richtige Verhältnisse zu erhalten. Eine procentuelle Rechnung zur S. der Geisteskranken würde aus dem Grunde mögliche Irrthümer einschliessen, weil es möglich

wäre, dass der erbliche Einfluss bei beiden Geschlechtern derselbe, die S. der Gstskr. aber bei jedem Geschlecht aus anderen Gründen verschieden wäre, oder weil die Zahl der Erblichen bei jedem Geschlecht verschieden, die S. der Gstskr. jedes Geschlechts aber so gestaltet wäre, dass der erbliche Einfluss bei procent. Berechnung als gleich erschiene etc. Zu einer solchen materiell richtigen Berechnung ist aber nirgendwo das Material vorhanden. Namentlich lassen sich leicht bezüglich der Aufnahmen in Anstalten die Geschlechtsverschiedenheiten von den Erkrankungsverhältnissen nachweisen, so dass die Geschlechtsverhältnisse derselben Anstalt in derselben Bevölkerung zu verschiedener Zeit, oder verschiedener Anstalten ziemlich homogener Bevölkerungen zu derselben Zeit sich verschieden gestalten. Aehnliche und anderweitige Unvollkommenheiten lassen sich bezüglich der Ergebnisse der Irrenzählungen nachweisen. Bei einer procent. Berechnung nun unter Vorhandensein jener Geschlechtsverschiedenheiten werden diejenigen Data, welche sich auf einen Vergleich von M. mit M., und Fr. mit Fr. beziehen, richtige, diejenigen, welche M. und Fr. zugleich umfassen, unrichtige Ergebnisse liefern. Da nämlich der grösste Theil des väterlichen Einflusses in den Söhnen, der des mütterlichen in den Töchtern enthalten ist, so wird letzterer bei Zurücktreten der Fr. unter der Gesammtzahl im Vergleich mit dem väterlichen zu gering erscheinen und umgekehrt. Man wird deswegen namentlich bezüglich der Anstaltsaufnahmen, zu ideell richtiger und mit anderen Resultaten vergleichbaren Werthen gelangen, wenn man sämmtliche Zahlen auf eine gleiche Gesammtzahl von M. und Fr. bezieht. Man gelangt zu denselben Ergebnissen, wenn man die erblichen Personen zur S. aller Aufnahmen eines jeden Geschlechts berechnet und die Procent-Sätze alsdann vergleicht, und bei denjenigen Vergleichen, welche zugleich M. und Fr. betreffen, das arithmethische Mittel aus beiden Procent-Sätzen zum Vergleiche benutzt. — Wenn man bei den Anstaltsaufnahmen auch die Geschwister der in die Anstalt Aufgenommenen berücksichtigt, so kann man die Berechnung nicht mehr in jener Weise anstellen. Betrügen so z B. die aufgenommenen Fr. im Vergleich zu den aufgenommenen M. $\frac{9}{10}$ des Erkrankungsverhältnisses, so würden von den Geschwistern der Fr., sowohl Brüdern als Schwestern, auch nur $\frac{9}{10}$ in Rechnung kommen, während die Geschwister der M., sowohl Brüder als Schwestern $\frac{10}{10}$ stellen. In diesem Falle bleibt nur übrig, die Zahlen für erbliche Personen direct zu vergleichen, wobei man nach Umständen um so weniger exacte und mit jenen ersten vollkommen übereinstimmende Resultate erwarten

darf. Genaue Nachweisungen der Erblichkeit bezüglich der einzelnen Krankheitsgattungen der Ascendenz finden sich bei *Jung* (Ztschrft. XXI. S. 586 ff). Wir haben nach seinen Angaben, Tab. 9, 2 Abtheilung, reproducirt, während die 1. Abtheilung aus unserer Tab. 6. zusammengezogen ist. Es mag von vornherein bemerkt werden, dass man, abgesehen von etwaigen thatsächlichen Verschiedenheiten der Verhältnisse, bei Vergleichung seiner mit unseren Angaben vielleicht auf kleinere Abweichungen gefasst sein könnte. Wenn wir nämlich überall nicht ganz sicher sind, die Rubricirung in Tab. 9. im Sinne des Verfassers ausgeführt zu haben, so liegen ausserdem einige Thatsachen vor, dass *Jung*, der bei seinen Zusammenstellungen andere Ziele verfolgte, die Kategorisirung je nach den Krankheitsarten der Ascendenz nicht mit der Genauigkeit, wie in unserer Tab. 6. ausgeführt hat. Es ist z. B. bezüglich der directen Geisteskrankheit in der Ascendenz bei Abstammung von väterlicher Seite in Betreff der Töchter S. 606 von einem epileptischen Vater, S. 608 von einem Vater die Rede mit einem auffallend ängstlichen Charakter, ferner bezüglich directer Geisteskrankheit, beide S. betreffend S. 598, von 8 Fällen, wo die Eltern an der Geisteskrankheit verwandten Zuständen litten; S. 599 bei dieser selben Kategorie heisst es: ein Kranker und Bruder war mit Schwester des Vaters krank. Ferner ist S. 590 bei indirecter Erblichkeit der Söhne von väterlicher Seite von 4 Vetterpaaren, S. 591 von Epilepsie erblich in der Familie, ferner „es war Geisteskrankheit und überspanntes Wesen erblich in der Familie" etc. die Rede. Aehnliches wiederholt sich bei mütterlicher Abstammung. Bei indirecter Erblichkeit fehlt denn auch die Rubrik von beiden Seiten. Bei Angeborensein kommen Geisteskrankheiten bei Grosseltern vor etc.:

Tab. 9.

	In die Anstalt Aufgenommene (mit Geschwistern)											
	Vaterseits.			Mutterseits.			Beiderseits.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
Marsberg.												
Geisteskrankheit direct	78	44	122	92	84	176	33	26	59	203	154	357
mit Geschwistern	104	58	162	116	113	229	43	35	78	—	—	—
von Grosseltern	3	4	7	9	7	16	2	2	4	a. 28	25	53
indirect (mit Grosseltern)	24	15	39	45	33	78	9	8	12	b. 106	69	175
Krankheiten des Nervensystems	85	45	130	49	47	96	19	14	33	c. 154	106	260
mit Geschwistern	99	56	155	61	60	121	23	16	39	—	—	—
S.	187	104	291	186	164	350	61	48	104	463	329	792
S. mit Geschwistern	227	129	356	222	206	428	75	54	—	—	—	—
Angeboren	81	68	149	—	—	—	darunter unbekannt:			a. 14	12	26
										b. 28	18	46
										c. 1	—	1
Jung												
Geisteskrankheit direct	81	69	150	96	115	211	82	36	68	209	220	429
mit Geschwistern	104	84	188	115	153	268	—	—	—	—	—	—
von Grosseltern	20	15	35	9	12	21	—	—	—	29	27	56
indirect (mit Grosseltern)	43	36	79	36	38	74	—	—	—	d. 89	77	166
Krankheiten des Nervensystems	31	37	68	23	26	49	—	—	—	54	63	117
mit Geschwistern	40	46	86	26	34	60	—	—	—	—	—	—
S.	165	145	310	155	179	334	82	36	68	352	360	712
S. mit Geschwistern	197	169	366	177	225	402	—	—	—	—	—	—
Angeboren	98	88	186	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Benutzen wir zunächst zur Abschätzung des väterlichen und mütterlichen Einflusses die Aufnahme-Ergebnisse für directe Erblichkeit bei *Jung* und Marsberg, ferner die Angaben für Göppingen von *Landenberger* (Bericht 1866) in der obigen Weise der Berechnung als Procent-Antheil an der Gesammtzahl von Aufnahmen jedes Geschlechts, so ergiebt sich aus Tab. 9. Folgendes:

	Gesammt-Aufnahmen.		Directe Erblichkeit von				Procent-Sätze für directe Erblichk.				Verhältniss väterl. und mütterl. Einflusses.	
			Vaterseits.		Mutterseits.		Vaterseits.		Mutterseits.			
	M.	Fr.	M.	Fr.	M	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	väterl.	mütterl.
Marsberg	1,316	969	78	44	92	84	5,93	4,54	6,99	8,67	100	: 150
Jung . . .	1,701	1,583	81	69	96	115	4,76	4,39	5,64	7,26	100	: 141
Landenberger .	635	465	43	21	39	48	6,8	4,5	6,1	10,3	100	: 145

Die Angaben von Göppingen sind nicht als vollkommen mit den beiden anderen homogen zu betrachten. Zunächst sind nämlich auch die wiederholten Aufnahmen in Berechnung gezogen, während die beiden anderen nur Personen betreffen. Dann sind die Epileptischen, vielleicht auch zum Theil Idioten, nicht ausgeschieden. Endlich ergiebt sich aus Gründen, die in dem Kapitel des Lebensalters entwickelt sind, dass die Aufnahmeverhältnisse in Göppingen weniger, als sonst, den Erkrankungsverhältnissen entsprechen. Wir wollen beispielshalber auf einen Umstand aufmerksam machen. Es sind in Göppingen die Paralytiker in höherem Grade aufgenommen, als es den Aufnahmen der anderen Anstalten und daher den Erkrankungsverhältnissen entspricht. Diese liefern eine geringere Erblichkeit, als durchschnittlich und betheiligen vorzugsweise die M., daher muss die Erblichkeit dieser sowohl bei väterlicher als mütterlicher Abstammung, gegen die der Fr. geringer erscheinen etc.

Der mütterliche Einfluss überwiegt also beiderseits den väterlichen, bei Marsberg in höherem Grade, als bei *Jung*. Stellen wir weiter, dem Obigen entsprechend, bei den beiden ersten Angaben auch die Geschwister der in die Anstalt Aufgenommenen zugleich mit diesen zusammen, ebenso *Baillarger*'s Angaben (nach Ztschrft. V. S. 540) und vergleichen die gefundenen Zahlen direct mit einander, so ergiebt sich Folgendes:

	Directe Erblichkeit (mit Geschwistern) von						Verhältniss des väterl. u. mütterl. Einflusses.	
	Vaterseits.			Mutterseits.			väterl.	mütterl.
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	S.	S.
Baillarger . .	128	87	215	140	197	337	100 :	157
Marsberg . .	104.	58	162	116	113	229	100 :	141
Jung	104	84	188	115	153	268	100 :	143

Die Abweichung ist also nach beiden Berechnungen nicht allzu gross. Schon *Esquirol* (Handbuch, übers. von *Bernhard*, S. 39) hebt das Uebergewicht des mütterlichen Einflusses hervor. *Dagonet* (Handbuch, S. 191) sagt, dass der mütterliche Einfluss 2 X auf 3 vorherrsche.

Die 1ste der vorstehenden Tabellen ergiebt annähernd die Zahl der ergriffenen Familien je nach väterlichem und mütterlichem Einflusse bei Marsberg und *Jung*. Dieselbe betrug bei *Baillarger:* väterlicher Einfluss 182, mütterlicher 271 Familien. Die 2te Tabelle ergiebt die Zahl der ergriffenen Personen. Es ergiebt sich darnach, das Verhältniss der Familien überall zu 100 genommen, das Verhältniss der Personen je nach väterlichem und mütterlichem Einfluss:

	Baillarger.	Marsberg.	*Jung.*
Väterlicher Einfluss .	100 : 115	100 : 133	100 : 125
Mütterlicher Einfluss.	100 : 124	100 : 131	100 : 127

Die Ergebnisse sind demnach nicht ganz übereinstimmend. Marsberg weicht sogar im Princip ab, es sind die Angaben hier allerdings nicht correct, weil oft mehrere Geschwister zusammen aufgenommen sind.

Was das Verhältniss der Geschlechter zu einander je nach väterlichem und mütterlichem Einfluss betrifft, so ergiebt sich Folgendes, wobei Marsberg I. und *Jung* I. die Berechnung nach der 1sten Tabelle, den Procent-Sätzen der nur in die Anstalt Aufgenommenen, Marsberg II. und *Jung* II. nach der 2ten Tabelle, den direct mit einander verglichenen sämmtlichen Geschwistern enthält:

	Väterlicher Einfluss.			Mütterlicher Einfluss.		
	Töchter.		Söhne.	Söhne.		Töchter.
Marsberg I.	100	:	131	100	:	124
Jung I. . . .	100	:	109	100	:	129
Marsberg II.	100	:	179	100	:	97
Jung II. . . .	100	:	124	100	:	133
Baillarger . .	100	:	147	100	:	141
Landenberger	100	:	151	100	:	161

Bezüglich der Data von Marsberg II., welche von den anderen so sehr abweichen, ergiebt sich eine Bestätigung des oben bezüglich der Berechnung Entwickelten. Es treten die Fr. bei den Aufnahmen in so hohem Grade gegen die M. zurück, auch mit Hinzuziehung der Geschwister von beiden Seiten, dass bezüglich des väterlichen Einflusses, die Söhne so ausserordentlich überwiegen, bezüglich des mütterlichen, die Töchter nicht einmal die Söhne erreichen. Es ergiebt sich daher die grössere Exactheit der ersten Berechnung. Es stellt sich nach allen anderen Daten ein Uebergewicht des väterlichen Einflusses auf die Söhne, des mütterlichen auf die Töchter heraus. Von den Gründen des stärkeren Ueberwiegens des betreffenden Geschlechts bei väterlicher und mütterlicher Abstammung, sowie des stärkeren Ueberwiegens des mütterlichen Einflusses überhaupt, wird später die Rede sein. Eine weitere Folgerung aus dem bisher Entwickelten ist das Verhältniss der Söhne zu einander je nach väterlicher und mütterlicher Abstammung und ebenso der Töchter.

	Söhne.			Töchter.		
	Vaterseits.		Mutterseits.	Vaterseits.		Mutterseits.
Marsberg I.	100	:	118	100	:	191
Jung I . . .	100	:	119	100	:	167
Marsberg II.	100	:	112	100	:	195
Jung II. . . .	100	:	111	100	:	182
Baillarger . .	100	:	109	100	:	207
Landenberger	100	:	91	100	:	229

Da hier nur jedes Geschlecht für sich verglichen wird, so muss man um so mehr ein ungetrübtes Hervortreten der thatsächlichen Verhältnisse erwarten.

Es ergiebt sich, mit Ausnahme von *Landenberger*, ein Ueberwiegen auch des mütterlichen Einflusses auf die Söhne, während er bei den Töchtern bis zu mehr als der doppelten Stärke steigt. Bemerkenswerth ist noch, dass die drei Angaben, von Marsberg II. bis *Baillarger*, bei den Söhnen, homogener Natur, eine ausserordentliche Uebereinstimmung zeigen. Sie zeigen zugleich gegen die beiden ersten Angaben ein Sinken des mütterlichen Einflusses, also ein Steigen des väterlichen. Es ist dies nur so zu erklären, dass von ein und demselben Vater zugleich mehr Söhne als Töchter beeinflusst werden. Beide Folgerungen gelten für die Töchter bezüglich des mütterlichen Einflusses. Eine anderweite Angabe bezüglich der besprochenen Verhältnisse findet sich bei *Martin* (Bericht 1860, S. 17). Es ergeben sich bei der Berechnung derselben namentlich Abweichungen von unseren Ergebnissen in der bei *Jung* hervortretenden Richtung jedoch noch grösser. — Was ferner das Verhältniss der Geschlechter zu einander bei beiderseitiger Erblichkeit betrifft, wo also neben directer Erblichkeit von einer Seite ein directer, meist jedoch ein indirecter von der anderen Seite nicht ausgeschlossen ist, so ergiebt sich Folgendes:

	Personen.		Procent zu den Aufgenommenen.		Verhältniss.		
	M.	Fr.	M.	Fr.	Söhne.		Töchter.
Marsberg I. . .	33	26	2,51	2,68	100	:	107
Jung I.	32	36	1,88	2,27	100	:	121
Marsberg II. mit Geschwistern	43	35	—	—	100	:	81

Wenn man die sehr abweichenden Ergebnisse von Marsberg II. aus obigen Gründen ausser Acht lässt, so ergeben die beiden anderen Angaben ein Uebergewicht der Fr. nicht ohne einige Schwankung, wie erklärlich.

Was die Verhältnisse bei indirecter Erblichkeit betrifft, so ergeben sich, bei alleiniger Berücksichtigung der in die Anstalt Aufgenommenen, folgende Zahlen, und mit Rücksicht auf die oben angeführten Gesammtzahlen der Aufnahmen folgende Verhältnisse:

Indirecte Erblichkeit (mit Grosseltern).

	Zahlen aus Tab. 9.				Procent zu den Aufnahmen jedes Geschlechts.				Verhältniss des väterlichen zum mütterlichen Einfluss.		Verhältniss der Geschlechter zu einander je bei väterlicher und mütterlicher Abstammung.			
	Vaterseits.		Mutterseits.		Vaterseits.		Mutterseits.				väterlich.		mütterlich.	
	M.	Fr.	M.	Fr	M.	Fr.	M.	Fr.	väterl.	mütterl.	Töchter.	Söhne.	Söhne.	Töchter.
Marsberg	24	15	45	33	1,82	1,55	3,42	3,41	100 :	203	100 :	118	100 :	100
Jung . .	43	36	36	38	2,53	2,27	2,12	2,40	100 :	94	100 :	111	100 :	113

Bezüglich der Angaben von *Jung* ist zu bemerken, dass bei ihm die angeführten Zahlen nicht direct stehen, dass wir eine Reihe zu unserer Rubrik nicht passender Fälle ausgeschieden haben, Epilepsie in der Familie des Vaters, 4 Vetterpaare geisteskrank etc., dass wir überhaupt nicht ganz sicher sind, den Thatbestand richtig erhoben zu haben. Es tritt in den Ergebnissen eine mehrfache Uebereinstimmung mit denen bei directer Erblichkeit hervor, wie der Vergleich lehrt. Ja die stattfindenden Abweichungen, von denen die bemerkenswertheste die ist, dass *Jung* für den mütterlichen Einfluss weniger liefert, als für den väterlichen, erfolgen nach der Richtung der Abweichungen für directe Erblichkeit.

Was die Krankheiten des Nervensystems betrifft, so ergeben sich folgende Zahlen und Verhältnisse:

Erblichkeit von Seiten der Krankheiten des Nervensystems.

	Zahlen aus Tab. 9.				Procent zu den Aufnahmen jedes Geschlechts.				Verhältniss des väterlichen zum mütterlichen Einfluss.		Verhältniss der Geschlechter zu einander je bei väterlicher und mütterlicher Abstammung.			
	Vaterseits.		Mutterseits.		Vaterseits.		Mutterseits.		väterlich.	mütterlich	väterlich.		mütterlich.	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.	S.	Töchter.	Söhne.	Söhne.	Töchter.
Marsberg	85	45	49	47	6,46	4,64	3,72	4,85	100 :	77	100 :	139	100 :	180
Jung . .	31	37	23	26	1,23	2,34	1,35	1,64	100 :	84	100 :	53	100 :	121

Bezüglich der Grösse des väterlichen und mütterlichen Einflusses ergiebt sich also hier, dem Verhalten bei directer Erblichkeit entgegengesetzt, ein Uebergewicht des väterlichen Einflusses. Es ist dabei jedoch zu bemerken, dass Epileptische, Blödsinnige, Schwachsinnige, Trunksüchtige, psychisch Zweifelhafte etc. (bei dieser Kategorie ist grösstentheils nur von directer Erblichkeit die Rede) wohl öfter bei den Männern zur Heirath gelangen, auch die Geistes- und Gemüthsabnormitäten bei den Männern wegen deren eigenthümlicher Lebensstellung die Aufmerksamkeit in höherem Grade auf sich ziehen, als dies bei den Frauen der Fall ist, dass also leicht von diesem Gesichtspunkte aus die Väter das an Quantität ersetzen, was ihnen an qualitativer Intensität abgehen könnte.

In Betreff des Verhaltens der Geschlechter zu einander, je bei väterlicher und mütterlicher Abstammung, so gilt die obige Regel wie bei directer Erblichkeit, nur macht *Jung* bei väterlicher Abstammung die Ausnahme, dass die Töchter ein bedeutendes Uebergewicht haben.

Es ist von vornherein sehr wahrscheinlich, dass dieser Unterschied nur daher rührt, dass bei *Jung* und Marsberg verschiedene Zustände der Ascendenz berücksichtigt sind. Es erhebt sich daher die Anforderung, dieselben bei künftigen Untersuchungen ganz strict zu bezeichnen und einzeln zu verfolgen. Als Beispiel eines Zustandes, welcher künftig hier abgehandelt werden muss, mag der Selbstmord erwähnt werden. Nach Untersuchungen, welche Verf. an einem anderen Orte veröffentlicht hat, überwiegt bei Selbstmord in directer Ascendenz der väterliche Einfluss über den mütterlichen nicht allein viel bedeutender als in der letzten Tabelle, sondern es tritt auch ebenso sehr bedeutend der väterliche Einfluss auf die Töchter hervor. — Um wieder zur letzten Tabelle zurückzukehren, so könnte man das Zurückstehen der Söhne bei väterlicher Abstammung bei *Jung*, wenn es nicht allzu bedeutend wäre, für eine einfache Steigerung des bei den bisher besprochenen Beziehungen stattfindenden Verhaltens ansehen. Es trat nämlich ein Zurückstehen der Söhne gegen die Töchter bei *Jung* schon bei directer Erblichkeit, ein geringes bei indirecter hervor, und könnte dies *a priori* ebensowohl in einem Zurücktreten des Einflusses auf die Söhne, als im Hervortreten desjenigen auf die Töchter seinen Grund haben. Ein Vergleich der Grösse des väterlichen Einflusses zum mütterlichen Einflusse überhaupt, so wie die frühere Tabelle über das Verhältniss der Töchter zu einander, je bei väterlichem und mütterlichem Einfluss lehrt, dass

der Grund in dem stärkeren Hervortreten der Töchter bei väterlichem Einfluss bei *Jung* liegt.

Wir gehen daran, eine Reihe von Angaben zusammenzustellen, ohne Trennung nach Art der erblichen Krankheiten in der Ascendenz und dem Grade der Verwandtschaft:

Tab. A.

	Gesammtzahl der Aufgenommenen.		Bei Abstammung von				Verhältniss der elterlichen Einflüsse:	Verhältniss des Geschlechtes der Kinder bei väterlicher und mütterlicher Abstammung.	
			Vaterseits.		Mutterseits.			väterlich.	mütterlich.
	M.	Fr.	Söhne.	Töchter.	Söhne.	Töchter.	des väterlichen : mütterlichen.	Töchter. : Söhne.	Söhne. : Töchter.
Stewart (*Jung*, Ztschr. 1866. S. 219)	521	380	49	33	37	31	100 : 78	100 : 108	100 : 115
Thurnam (*Julius* l. c.)	223	246	19	20	17	23	100 : 102	100 : 105	100 : 123
Brigham (*Jung* l. c.)	—	—	7,17	6,3	5,9	9,5	100 : 114	100 : 114	100 : 161
Löwenhardt (Irrenzählung, Ztschr. 1866. Suppl.-Heft) (Mecklenburg).	—	—	37	34	36	46	100 : 115,5	100 : 109	100 : 128
Marsberg I. (nach Tab. 9) (Westfalen)	1,316	969	187	104	186	164	100 : 124	100 : 133	100 : 120
Jung I. nach Tab. 9) (Schlesien)	1,701	1,583	165	145	155	179	100 : 108	100 : 106	100 : 124
II. mit Geschwistern	—	—	197	169	177	225	100 : 110	100 : 117	100 : 127
III. Anstalts-Aufnahmen, Fälle (l. c. S. 651)	—	—	157	141	140	171	100 : 106	100 : 102	100 : 131
IV. (mit Geschwistern (l. c. S. 623)	—	—	312	296	293	333	100 : 103	100 : 105	100 : 114
Marsberg II. (mit Geschwistern)	—	—	227	129	222	206	100 : 120	100 : 176	100 : 98

In der vorstehenden Tabelle ist die Berechnung bei den Anstaltsaufnahmen nach der Summa der Männer und Frauen in der früher besprochenen Weise ausgeführt worden. Bei *Brigham* finden sich nur die Procent-Sätze angegeben, wonach sich die Berechnung in dem Falle richtig anstellen liesse, wenn, was jedoch nicht wahrscheinlich ist, dieselben zur Summa jedes Geschlechts angegeben wären. Die Data von *Löwenhardt* beziehen sich auf die Irrenzählung von Mecklenburg, und wären sie also, wenn sie vollkommen zuverlässig wären, dem Principe nach bei directer Vergleichung die vollkommen sachentsprechenden. Die Data für Marsberg I. und *Jung* I. enthalten die Anstaltsaufnahmen nach Tab. 9. Marsberg II. und *Jung* II. dieselben mit den Geschwistern, hier also die Berechnung durch die directe Vergleichung, *Jung* III. enthält, nach *Jung*'s eigenen Angaben die Anstaltsaufnahmen, die Berechnung hier also wiederum ausgeführt nach den Procent-Sätzen zur Summa der Aufnahmen jedes Geschlechts, *Jung* IV. nach *Jung's* eigenen Angaben sämmtliche Geschwister, hier also wiederum directe Vergleichung. Letztere Angabe enthält deswegen für unseren Zweck sehr getrübte Nachrichten, weil hier auch die Personen mit Erblichkeit von beiden Seiten, sowie die mit Angeborensein ohne Geisteskrankheiten in der Ascendenz in eine bestimmte Seite der Abstammung untergebracht sind. — Bevor an eine materielle Prüfung der vorstehenden Tabelle gegangen wird, mag auf die Hindernisse hingewiesen werden, die Ansprüchen einer allzu grossen Exactheit entgegen stehen. Zunächst fällt die vielfach kleine Zahl auf, dann ist auf die Zusammengesetztheit des Materials aus den Einzelgruppen hinzuweisen, deren genauere Abschätzung in Früherem erfolgte. Endlich ist die grosse Verschiedenheit zu betonen, in der die Ausdehnung der krankhaften Zustände in der Ascendenz genommen wird, bald nur exquisite Geisteskrankheiten, bald auffallende Charaktere und Temperamente, bald alle möglichen Krankheiten des Nervensystems. Endlich figuriren bei *Stewart* und *Jung* III. auch die wiederholten Aufnahmen. Was nun zunächst das Verhältniss des väterlichen zum mütterlichen Einfluss betrifft, so überwiegt der mütterliche. Eine Ausnahme macht nur *Stewart*. Auffallend ist bei den Zahlen von *Stewart*, dass im Ganzen bei Geisteskrankheiten der Eltern, Grosseltern und Elterngeschwister sich 249 Personen aufgeführt finden, während hier bei Bestimmung des väterlichen und mütterlichen Einflusses nur 150 vorkommen, so dass also ⅖ der Gesammtzahl bezüglich der Seite unbekannt geblieben sein müssen. Weiter ist noch Folgendes zu bemerken. Da, wie die folgenden Abtheilungen

zeigen, der Ueberschuss von Seiten des mütterlichen Einflusses auf die Töchter auch bei *Stewart* bedeutender ist, als der des väterlichen auf die Söhne, so ist es wahrscheinlich, dass das Plus des väterlichen Einflusses überhaupt nicht auf die Qualität der Erblasser kommt. Es hängt damit vielleicht zusammen, was früher über die stärkere Vertretung der Männer bei der Erblichkeit von Seiten der Eltern und Grosseltern bei *Stewart* dem gewöhnlichen Vorkommen entgegen beigebracht ist. Als möglicher Grund für diese Abweichung *Stewart's* könnte ausser später noch Beizubringendem die Eigenthümlichkeit der Classificirung *Stewart's* bemerkt werden. Man denkt hier zunächst an die irgend welchen Sonderbarkeiten im Charakter, und dass diese bei den Männern mehr vorkommen, jedenfalls bei deren Lebensstellung im höheren Grade beachtet werden, besonders wenn diese wie bei *Stewart* in ausgedehnterem Maasse den höheren Ständen angehören. — Von den folgenden Angaben zeigt *Thurnam* nur ein geringes Uebergewicht des mütterlichen Einflusses, wobei allerdings zu berücksichtigen, dass seine Angaben aus Gründen, deren Entwickelung hier zu weit führen würde, in sachlicher Hinsicht vielleicht nicht ganz exact sind. Das dann geringste Uebergewicht des mütterlichen Einflusses, abgesehen von *Jung* III. und IV., welche aus obigen Gründen als ungenau gelten müssen, zeigt *Jung* I., dessen Werth sich aus den mitgetheilten Einzelangaben ergiebt. Die übrigen ergeben höhere Werthe für den mütterlichen Einfluss. Was die beiden folgenden Abtheilungen betrifft, so zeigt Marsberg II. wieder das Unzureichende der Berechnung durch directe Vergleichung, wenn die Frauen unter den Aufnahmen so sehr zurücktreten. Alle Uebrigen ergeben ausnahmslos bei väterlicher Abstammung ein Ueberwiegen der Söhne, bei mütterlicher ein Ueberwiegen der Töchter, und zwar ist mit Ausnahme von Marsberg I. das Uebergewicht der Töchter bei mütterlicher Abstammung überall grösser, als das der Söhne bei väterlicher. — Es handelt sich weiter darum, die Gründe für die verschiedene Grösse des väterlichen zum mütterlichen Einflusse zu eruiren.

Man könnte von vornherein daran denken, dieses Verhältniss richte sich nach der Vertretung der Geisteskrankheiten unter den Geschlechtern überhaupt, also nach der Zahl der Personen, welche bei den Männern und Frauen zu directer und indirecter Geistesstörung Anlass geben können. Die Berechnung müsste hier, um ganz exact zu sein, nach den Erkrankungsverhältnissen, nicht nach den Ergebnissen der Irrenzählung in der Bevölkerung gemacht werden, da jene wegen der verschiedenen Heilbarkeit und Sterb-

lichkeit der Geschlechter in dem Rest unheilbar Gewordener und am Leben Gebliebener nicht ihren genauen Ausdruck finden. Mit Rücksicht jedoch auf das mehrfach Wiederholte, dass die Aufnahmen gerade bezüglich der Geschlechter den Verhältnissen der Erkrankung vielfach so wenig entsprechen, könnte vielleicht die Berechnung nach den Ergebnissen der Irrenzählung zu entsprechenderen Resultaten führen. Wir haben daher in Folgendem, so weit zu ermitteln, die Geschlechtsverhältnisse der Angaben der Tab. A. sowohl in Betreff der Irrenzählungen, als der Aufnahmen zusammengestellt.

	Geschlechtsverhältnisse der Aufnahmen (Irrenzählung). M.	Fr.	Verhält. der M. u. Fr. M. = 100 Fr. =	Reihenfolge der Grösse des mütterlichen Einflusses auf die Descendenz
Stewart (Aufnahmen) .	521	380	73	1. *Stewart.*
Westfalen (dito) . . .	1,316	969	74	2. *Thurnam.*
dito (Zählung 1834)	434	363	84	3. Schlesien I.
Schlesien (Aufnahme)	1,701	1,583	93	4. Mecklenburg.
dito (Zählung 1861)	714	753	105	5. Westfalen I.
Mecklenburg (Zählung 1861)	464	457	98,5	
Thurnam (Aufnahmen)	223	246	110	

Die letzte Abtheilung der vorstehenden Tabelle enhält die Reihenfolge der Grösse des mütterlichen Einflusses im Vergleich zum väterlichen aus der Tab. A. Es zeigt sich denn, mag man die Aufnahmen oder die Irrenzählungen, wo sie vorliegen, zur Vergleichung benutzen, keine Spur von Uebereinstimmung. Es dürfte allerdings mit Rücksicht darauf, dass der vorwiegende aller Einflüsse in der Ascendenz von der directen Erblichkeit geliefert wird, sich als gerechtfertigt herausstellen, nur Diejenigen zur Abschätzung dieses Einflusses zu benutzen, die in der Lage sind, ihn auszuüben, also die Verheiratheten und die Verwittweten. Hier nun, wo man aus denselben Gründen die Erkrankungs- (Aufnahme-) Verhältnisse benutzen muss, stellt sich, wenn man die directen Zahlen zur Vergleichung benutzt, wiederum Mangel an Uebereinstimmung heraus, welche jedoch eintritt, wenn man ent-

sprechend der Berechnung der Tab. A. dieselben nach den Procent-Sätzen an der S. jedes Geschlechts ausführt.

	Verheirathet.		Verwittwet.		Verheirathet + Verwittwet.		Verhältniss der M. : Fr. M. = 100 Fr. = bei den		Reihenfolge bezüglich der Grösse des mütterlichen Einflusses.
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	Verheirathet.	Verheir. + Verwittwet.	
Thurnam . .	27,8	22,4	7,6	11,0	35 4	33,4	81	94	*Stewart.*
Schlesien . .	49,76	44,20	2,52	11,62	52,28	55,82	89	113	*Thurnam.*
Mecklenburg. Irrenzählg.	22,4	22,4	3,8	26,5	26,2	48,9	100	187	Schlesien.
Stewart . . .	29,2	31,1	2,1	9,5	31,3	40,6	106,5	130	Mecklenburg.
Westfalen .	30,8	38,6	3,9	12,8	34,7	51,4	124	148	Westfalen.

Die Procent-Berechnungen sind also nach den Aufnahmen ausgeführt worden, nur bei Mecklenburg nach den allein vorhandenen Resultaten der Irrenzählung. Um die etwaige Verschiedenheit der so ausgeführten Berechnung zu ermitteln, hat Verf. für Schlesien, wo beide Angaben vorlagen, auch die Berechnung nach der Zählung von 1861 angestellt und gefunden, dass nach ihr die Reihenfolge für Schlesien in obiger Zusammenstellung sich nicht ändert. Es ergiebt sich dann, dass, mit Ausnahme von *Stewart* die Reihenfolge der Grösse des mütterlichen Einflusses auf die Nachkommenschaft im Vergleich mit dem väterlichen dieselbe ist, wie bezüglich der Vertretung der verheiratheten geisteskranken Frauen im Vergleich mit den geisteskranken Männern in der Bevölkerung, dass also ein gradweise entsprechendes Verhältniss zwischen Ursache und Wirkung stattfindet. Zu bemerken ist noch, dass die Berechnung des Antheils der Fr. nach der Summa der Verheiratheten und Verwittweten, für Mecklenburg eine Ausnahme von obiger Reihenfolge ergiebt. Einestheils ist dies aus der abweichenden, ungemein grossen Zahl der Wittwen in Mecklenburg erklärlich, anderentheils ist es wohl denkbar, dass diese weniger maassgebend für die Nachkommenschaft sind, als die verheiratheten Frauen. Bezüglich der Abweichung *Stewart*'s von der Regel ist ausser früher bereits Angeführtem zu bemerken, dass seine Angaben in

höherem Grade höhere Stände betreffen, dass sie sich wahrscheinlich nicht auf ein geschlossenes Bevölkerungsganze erstrecken und dass es daher fraglich ist, ob seine Aufnahmen, welche nach väterlichem und mütterlichem Einfluss etc. bezüglich der Descendenz festgestellt sind, als Wirkung zu einer Bevölkerung als Ursache in Beziehung stehen, welche das bei seinen Aufnahmen hervortretende Verhältniss von geisteskranken verheiratheten Männern und Frauen enthält.

Was das Verhältniss der Töchter zu den Söhnen bei väterlicher Abstammung betrifft, so ergiebt sich die Reihenfolge je nach der Grösse der Betheiligung der Söhne, ebenso wie die Reihenfolge des Ueberwiegens der Töchter bei mütterlicher Abstammung aus folgender Zusammenstellung aus Tabelle A.

	Reihenfolge des Uebergewichts der		Reihenfolge der Grösse	
	Söhne bei väterl. Abst.	Töchter bei mütterl. Abst.	des mütterl. Einflusses.	des Antheils der verheir. Fr. im Vergleich : M.
1.	*Thurnam.*	*Stewart.*	*Stewart.*	*Thurnam.*
2.	*Stewart.*	Marsberg.	*Thurnam.*	Schlesien.
3.	Schlesien I.	*Thurnam.*	Schlesien.	Mecklenburg.
4.	Mecklenburg.	Schlesien.	Mecklenburg.	*Stewart.*
5.	Marsberg.	Mecklenburg.	Marsberg.	Marsberg.

Es ergiebt sich daher, dass sowohl das Anwachsen der Söhne bei väterlicher, als das der Töchter bei mütterlicher Abstammung mit geringer Ausnahme die Reihenfolge der früher betrachteten Verhältnisse einhält, dass also in demselben Maasse, als die geisteskranken verheiratheten Frauen in der Bevölkerung anwachsen im Verhältniss zu den Männern, in demselben Maasse, als damit übereinstimmend der mütterliche Einfluss gegen den väterlichen zunimmt, auch die Söhne bei väterlicher und ebenso die Töchter bei mütterlicher Abstammung im Verhältniss zu dem anderen Geschlecht zunehmen. Von letzterer Regel macht nur Marsberg eine Ausnahme. Nach ihm würde bei stärkerem Hervortreten der verheiratheten Frauen in der Bevölkerung und dem entsprechend stärkeren Hervortreten des mütterlichen Einflusses überhaupt, derselbe auf die Töchter, verglichen mit den Söhnen abnehmen. Dies würde dem Verhalten bei väterlicher Abstammung vollkommen ent-

sprechend sein. Es war bereis früher die Rede davon, dass sich zwischen *Jung* und Marsberg, bei denen in dieser Weise entgegengesetzte Ursachen wirksam waren, dieselben Gegensätze bei nur berücksichtigter directer Erblichkeit, in um so höherem Grade bei indirecter nachweisen liessen. Das vollkommen entsprechende Verhältniss, einestheis zwischen der Zahl der Männer und Frauen, welche in der Ascendenz zu Geisteskrankheiten Anlass geben können, anderentheils zwischen der Grösse des väterlichen und mütterlichen Einflusses in der Descendenz könnte dazu geneigt machen, aus diesem Zahlenverhältniss diese Verschiedenheit abzuleiten, wenn nicht auch die qualitative Veschiedenheit je auf Söhne und Töchter vorhanden wäre. Wenn man nun nach Späterem annehmen muss, dass jene Zunahme der Grösse der geisteskranken verheiratheten Frauen gegen die Männer in dem späteren Heirathsalter der Letzteren gegen die Ersteren begründet sei, so könnte man daran denken, hierin den Grund dieser Verschiedenheiten, in der Verbindung älterer Männer mit jüngeren Frauen die Erklärung sowohl für das stärkere Hervortreten des mütterlichen Einflusses, als auch die grössere Vererbung auf die Söhne bei väterlicher Erkrankung, sowie die entsprechende bei mütterlicher Erkrankung suchen. Hiergegen erhebt sich jedoch ein wesentliches Bedenken. Es giebt nämlich, wie Verfasser anderswo Belege dafür gegeben hat, ein speciell zu Geistesstörungen disponirendes Moment in directer Ascendenz, nämlich die Selbstmorde, welche der obigen Regel ebenfalls folgen, von denen sich ebenfalls wenigstens nachweisen lässt, dass mit dem Zunehmen des mütterlichen Einflusses überhaupt auch die Zahl der Söhne bei väterlicher Abstammung zunimmt. Hier lässt sich mit dem Obigen übereinstimmend ebenfalls eine vollkommen in ihrer Abstufung entsprechende Ursache nachweisen, nämlich eine schrittweise stärkere Vertretung der Frauen unter den Selbstmorden der Bevölkerung. Aber die Länder und Provinzen jener Zusammenstellung bei den Selbstmorden sind diesen bei den Geisteskrankheiten im Allgemeinen zum Theil gerade entgegengesetzt. Man kann also den Grund nicht mehr in den verschiedenen Heirathsaltern der Geschlechter gegeneinander suchen. Es ist daher jener Einfluss, der mit der Verschiedenheit der Zahl theils der Männer und Frauen einer Bevölkerung überhaupt, theils der verheiratheten gegeneinander, wie sie sich so einflussreich für die Nachkommenschaft ausweist, verbunden ist, vorläufig nicht auf seine wahre unmittelbar wirkende Ursache zurückzuführen. Sollte man dieser näher gekommen sein, so würde vielleicht auch die Lösung der Frage ermöglicht werden,

welches die Gründe für die überall hervertretende, absolute Verschiedenheit des väterlichen und mütterlichen Einflusses seien, welche bei dem reinsten Material, der directen Erblichkeit von Geisteskrankheiten, sich bis zu dem bedeutenden Abstande von 1 : 1½ ergab. Da ein solcher Abstand der geisteskranken Frauen und Männer, speciell der verheiratheten, auch nicht annähernd in den dort betreffenen Bevölkerungen anzunehmen ist, so würde man den Grund hierfür vielleicht in derselben Ursache zu suchen haben, die jene relative Verschiedenheit unter den verschiedenen Bevölkerungen bedingt, oder in einem dem mütterlichen Einflusse speciell eigenthümlichen von so bedeutender Intensität. — Es ist hier am Platze, auf die verschiedenen in verschiedenen Bevölkerungen in ihrer Wirksamkeit wechselnden Einflüsse aufmerksam zu machen, welche das Verhältniss der Geschlechter, bei der Erblichkeit im Allgemeinen, diesem Gesammtresultat aus so manchen Einzelresultaten bestimmen. Die Verschiedenheit bindet sich zunächst an die verschiedene Grösse des Antheils der geisteskranken Frauen in der Bevölkerung, namentlich der verheiratheten gegen die Männer. Es tritt dann eine diesem Umstande entsprechende Verschiedenheit, bei der directen Erblichkeit von Geisteskrankheit ein, deren Resultat jedoch wenigstens fast ausnahmslos ein Ueberwiegen der Frauen ergiebt. Eine von demselben Gesichtspunkte aus verschiedene Gestaltung der Zahlen ergiebt sich, für die indirecte Erblichkeit, deren Resultat schon schwankt. Endlich besteht die Gruppe Krankheiten des Nervensystems, in den hier einschlägigen Beziehungen aus verschiedenen Elementen. Ein Theil derselben folgt vielleicht durchaus dem Verhalten der Geisteskrankheiten in directer Ascendenz, ein anderer lässt den väterlichen Einfluss überwiegen, ohne jedoch das Verhalten der Geschlechter bei väterlicher und mütterlicher Abstammung zu alteriren, und das Resultat muss dann ein plus für die Söhne sein, ein 3ter, wie in ausgezeichnetem Grade der Selbstmord, lässt auch den väterlichen Einfluss prävaliren, jedoch bei väterlicher Abstammung die Töchter vor den Söhnen. Das Resultat muss hier ein Uebergewicht für die Töchter ergeben. Bei den beiden letzten Verhältnissen könnte bei einem Theil diese bedeutendere Grösse des väterlichen Einflusses vielleicht nur in dem subjectiven Standpunkte des Berichterstatters seinen Grund haben, bei einem anderen jedoch aller Wahrscheinlichkeit nach in thatsächlichen Verschiedenheiten. Aus diesen Ausführungen ergiebt sich, wieviel Gründe theils der subjectiven Auffassung, theils der thatsächlichen Verhältnisse, auf die verschiedene Gestaltung der Erblichkeitsziffer der Geschlechter einwirken.

Was folgt ausserdem aus der Höhe der Erblichkeits-Procente, diesen mühsamen Zahlenzusammenstellungen des Antheils der Erblichen an den Gesammtaufnahmen? Man kann sagen, dass bei der grossen Verbreitung des Irreseins in der Bevölkerung, bei Multiplicirung dieses Einflusses durch 3 Generationen hinauf und in vielen Seitenzweigen es auffallend wäre, wenn nicht bei einem grossen Theile der Geisteskranken sich irgendwie geisteskranke Verwandte nachweisen liessen. Auch *Oesterlen* (Handbuch S. 528) sagt noch neuerdings: Für einen etwaigen Einfluss erblicher Anlage giebt es bis jetzt keine irgend welche beweiskräftige Zahlenbeläge. Auch Schlager gehört hierhin. Solchen Einwürfen, so seicht und so schwer sie sind, kann man nur durch exacte Rechnung begegnen. Man mag eine noch so grosse Scheu vor allgemeinen Deductionen haben, soll aus den angegebenen mühsamen Zahlenanhäufungen etwas folgen, so kann dies in letzter Instanz nur durch exacte allgemeine Beziehungen geschehen. Ueber diese Nothwendigkeit sind höchst intelligente Schriftsteller, die diesen Versuch gemacht haben, sich vollkommen klar gewesen.

Man kann aus vielen von der Oberfläche genommenen Gründen den Werth der aus der Irrenzählung in der Bevölkerung gewonnenen Zahlen als Maassstab des Vorkommens des Irreseins in derselben bemängeln. Man kann z. B. sagen: Das wirkliche Verhältniss der unter dieser gesammten Bevölkerung sich jemals ereignenden Fälle von Geisteskrankheit muss um deswillen grösser sein, als das durch die Zählung ermittelte, weil ein Theil der jetzt noch Gesunden in späteren Jahren erkrankt, während er jetzt noch zu den Gesunden zählt. Ferner, die Geisteskranken leben nicht so lange, als die Gesunden, folglich muss ihre Zahl kleiner zur Bevölkerung erscheinen, als sie in der Wirklichkeit ist. Endlich: Wenn man auch alljährlich die Zahl der Geisteskranken zu einem bestimmten Termin genau ermittelte, so würden doch die bis zu diesem bestimmten Termine im Laufe dieses Jahres Erkrankten und schon Genesenen oder Gestorbenen nicht in jener Zahl enthalten sein, was die wirkliche Zahl der Geisteskranken also wiederum grösser erscheinen liesse, als die gefundene. Allen diesen Einwürfen begegnen wir durch sofortige Aufstellung des wirklichen Verhältnisses der gefundenen Zahl zur wirklichen Zahl der Geisteskranken einer Bevölkerung, welches heisst: Zur Eruirung des Verhältnisses der geisteskranken zu allen Personen einer Bevölkerung muss die Zahl der gefundenen Irren mit der Zahl multiplicirt werden, welche anzeigt, wie viel mal die durchschnittliche Dauer der Geisteskrankheit übertroffen wird, von der

durchschnittlichen Lebensdauer der ganzen Bevölkerung. Um sich dies vollkommen klar zu machen, nehme man an, dass man es mit einer stabilen Bevölkerung zu thun habe, in der die Zahl der Geborenen und Gestorbenen gleich und alle Altersklassen immer gleichmässig und mit denselben Qualitäten vertreten wären. Wären nun im Jahre a 1000 Geborene vorhanden, so könnte man annehmen, dass diese nach 1 Jahr an Zahl und Qualität vollkommen der Altersstufe von 1—2 Jahren des Jahres a entsprächen, nach 2 Jahren der von 2—3 Jahren, nach 5 Jahren der von 5—6 Jahren, nach x Jahren der Altersstufe nach x Jahren des Jahres a. Man könnte ebenso annehmen, dass wenn in dieser Gesammtbevölkerung des Jahres a 10 Erkrankungsfälle während dieses Jahres vorkämen, ebenso diese 1,000 Geborenen, wenn man sie bis zum Lebensende verfolgt, 10 Geisteskranke unter ganz denselben Verhältnissen liefern würden. Es wäre also in diesem Falle das Verhältniss der Geisteskranken zur Gesammtzahl der Personen 10:1,000 = 1:100. Sehen wir jedoch zu, wie sich dies Verhältniss bei Berücksichtigung des Verhältnisses in der Bevölkerung gestaltet. Nehmen wir bei jenen 1,000 eine mittlere Lebensdauer von 30 Jahren an, so wird der durchschnittliche Bestand der ganzen Bevölkerung 30 × 1,000 = 30,000 sein. Nehmen wir die durchschnittliche Dauer der Geisteskrankheit bei allen Ergriffenen auf 10 Jahre, was, wie sich später ergeben wird, ungefähr zutrifft, so wird der durchschnittliche Bestand der Geisteskranken 10 × 10 = 100 sein. Es wird sich daher das Verhältniss des geisteskranken Bestandes zum Gesammtbestande, zur Gesammtbevölkerung gestalten wie 100 zu 30,000 = 1 : 300. Es wird dagegen wiederum das richtige Verhältniss eintreten, wenn man den Bestand der Geisteskranken multiplicirt mit dem Quotienten aus der mittleren Krankheitsdauer 10, in die mittlere Lebensdauer 30. Dies ist 3. Es bildet sich dann das Verhältniss 300 : 30,000 = 1 : 100.

Diese Methode ist von allen etwa zu machenden Einwürfen frei. Wenn entgegnet wird, dass ein Theil der Bevölkerung jetzt noch jung und gesund, der zum Bestande der Gesunden zählt, später erkrankt, so ist dies Verhältniss durch die Beziehung der Krankheitsdauer auf die gesammte Lebensdauer ausgeglichen. Die späteren Jahrgänge, obgleich einer anderen Zahl von Personen angehörend, die früher schon Contingente zur geisteskranken Bevölkerung gestellt haben, ersetzen jetzt die früheren in ihrer späteren Entwickelung. Dass die Geisteskranken nicht so lange leben als die gesunde Bevölkerung, ändert nichts an der Berechnung. Sie könnten noch weniger lange leben, z. B. während jetzt die

zum Tode führenden Anfälle durchschnittlich vom 37. bis zum 47. Jahre, diese vom 15.—30. Jahre, und würden dann doch noch mehr im Verhältniss zur Bevölkerung sich anhäufen, als jetzt. Es macht auch Nichts aus, dass z. B. bei der Zählung am Schluss des Jahres ein Theil, der im Verlaufe des Jahres erkrankt, bereits geheilt oder gestorben ist, und sich so der Zählung entzieht, da dies im Verhältniss der durchschnittlichen Krankheitsdauer zum durchschnittlichen Bestande ausgedrückt ist. Wenn z. B. die durchschnittliche Krankheitsdauer ¼ Jahr wäre, so würde bei regelmässigem Zu- und Abgang für 4 Personen der durchschnittliche Bestand nur 1 sein, und dies daher bei Zurückführung des Bestandes auf erkrankte Personen wieder hervortreten.

Es ergiebt sich daraus die ungemeine Wichtigkeit, die eine solche ganz genaue Nachweisung der Gesammtkrankheitsdauer haben würde, mag diese Genesung oder das Lebensende sein, und wie fruchtbringender eine solche, wenn auch zum Theil mühsame und mit viel Kritik auszuführende Arbeit gegenüber so manchen nutzlosen Zahlenanhäufungen sein würde. Wir werden später den Beweis beibringen, dass nach den jetzt vorliegenden Thatsachen anzunehmen ist, dass die durchschnittliche Krankheitsdauer circa 9 Jahre beträgt, während die durchschnittliche Lebensdauer der Gestorbenen nach *Engel* für einen sehr langen Zeitraum (*Engel*'s Zeitschft. II. S. 60) für Westfalen bei den Männern 30,39, bei den Frauen 32,27 Jahre betragen hat. Nimmt man 30 Jahre an, so wäre die Zahl der gefundenen Irren um $^{30}/_{9} = 3\frac{1}{3}$ zu erhöhen, wenn man die Zahl der jemals von Geistesstörung ergriffenen Personen einer Bevölkerung bestimmen will.

Die andere Basis zur weiteren Rechnung würde die durch eine Zählung in der Provinz ermittelte Irrenzahl abgeben. *Ruer* ermittelte für Westfalen 1 Irren auf 1,590 Einwohner. Nach *Martini*'s obiger Angabe würde nach der dortigen Irrenzählung 1862 noch nicht auf 2,000 Einwohner 1 Kranker kommen. Nach *Brandes* betrug in Hannover nach der Zählung von 1856 das Verhältniss etwas über 1 : 1,000. Wir wollen in Folgendem 1 Geisteskranken (erworbene Geistesstörung) auf 1,000 Einwohner annehmen, da man ja bei exact vorliegenden Thatsachen das Verhältniss leicht abändern kann. Es würde dann folgen, dass unter $\frac{1,000}{3\frac{1}{3}} = 300$ Einwohnern überhaupt sich jemals im Leben ein Anfall von Geistesstörung ereigne.

Es kommt nun weiter in Erwägung, dass von sämmtlichen Geisteskranken nur diejenigen ihren Sprösslingen die Anlage mit-

theilen konnten, welche verheirathet oder verwittwet gewesen sind, daher nur diese hier in Betracht kommen. Maassgebend bezüglich der Bestimmung des Civilstandes muss hier dasjenige Verhältniss sein, bei welchem die Irrenzählung stattfand, also das der in der Bevölkerung vorkommenden Geisteskranken, bei welchen die Zahl der Ledigen, wegen deren vermehrter Anhäufung, sich höher herausstellt, als bei der Aufnahme in die Anstalt. So fand *Martini*, trotz der geringen Zahl von Ledigen unter den Aufnahmen, bei den Irren der Bevölkerung 60,81 Procent Ledige (Bericht 1864, S. 60), *Ruer* in Westfalen 62,7 Procent Ledige. Andere gaben freilich niedrigere Zahlen an, *Dick* in der Pfalz (Zeitschft. XV. S. 40) 55,7 Procent, *Czermack* in Mähren etc. (ibid. S. 264) 54,8 Procent. Nimmt man nun noch in Erwägung, dass ein Theil der jungen Verwittweten sich weniger als Verheirathete geltend machen kann, so ergiebt sich, dass man das wirkliche Verhältniss der als verheirathet zu Betrachtenden jedenfalls übersteigt, wenn man dieselben auf 50 Procent annimmt. Dies würde die Zahl von 1 Geisteskranken auf 300 Gesunde erhöhen auf 1 : 600. Es lehrt ferner ein Blick auf die Alters-Tabelle des Civilstandes, dass von den 1. Anfällen sämmtlicher verheiratheten Männer 11,3 Procent auf die Altersstufe bis 30 Jahre, und 37,9 auf die hier wichtigste von 30—40, also 49,2 Procent bis 40 Jahre eintreten. Ebenso bei den 1. Anfällen der verheiratheten Frauen 22,5 Procent auf die hier schon wichtigere — 30 Jahre, und im Ganzen 52,4 bis 40 Jahre. Da ausserdem das Unvermögen eines Ehegatten die Ehe unfruchtbar machen wird, so ist um so mehr bei den spät heirathenden Westfalen anzunehmen, dass die Ehen, wo ein Theil der Eltern geisteskrank ist, im Ganzen wenigstens um $\frac{1}{3}$ Kinder weniger zur Welt bringen, als im entgegengesetzten Fall. Will man, der einfachen Rechnung halber, die Anzahl der Kinder gleich nehmen, so hat man die Zahl der geisteskranken Erblasser wiederum um $\frac{1}{3}$ zu erhöhen. Dies würde also 1 : 800 gesunde Einwohner abgeben. Wären nun die Kinder mit directer Erblichkeit in der Ascendenz nicht mehr zu Geisteskrankheiten disponirt, als die nicht mit dieser Eigenschaft behafteten Kinder, so würden sie in dem Verhältniss vertreten sein, als ihre Eltern in der Zahl der Geisteskranken der Bevölkerung vertreten sind, nämlich 1 : 800 = $\frac{1}{8}$ Procent. Sie liefern dagegen über 15 Procent, so dass also die mit directer Erblichkeit Behafteten 120 × mehr Wahrscheinlichkeit haben, der Geistesstörung anheimzufallen, als die nicht mit dieser Anlage Behafteten.

Es sind in vorstehender Berechnung noch einige Factoren

ausser Rechnung geblieben, welche, gehörig veranschlagt, den Einfluss der Erblichkeit noch in viel höherem Grade darstellen würden. Dahin gehört, dass der Einfluss der Erblichkeit nicht ein durch die ganze Bevölkerung gleichmässig verbreiteter ist, dass er sich vielmehr in gewissen Heerden concentrirt. Wir wiesen im Vorigen nach, dass die Zahl der zugleich ergriffenen Geschwister nicht unter 20 Procent der ergriffenen Familien anzuschlagen sei. Es sind ferner Eltern und Kinder bei jener Irrenzählung zugleich am Leben, so dass also Vater und Sohn gezählt sind, während für unseren Zweck nur der Eine als Erblasser in Betracht kommt. Es ist ferner die doppelte Erblichkeit nicht veranschlagt, durch die der Einfluss von 2 Erblassern der Zahl nach auf 1 reducirt wird. Alles dies wohl erwogen, kann man jene Zahl 120 sehr wohl auf 150 erhöhen.

Will man diese Art der Berechnung einer Kritik unterwerfen, so hat man dies mit den einzelnen Factoren, aus denen sie besteht, zu thun. Dies sind die mittlere Krankheitsdauer, die wirkliche durch Zählung ermittelte Irrenzahl, das Verhältniss der ledigen Geisteskranken zu den Verheiratheten, das Verhältniss der Zahl der Nachkommenschaft bei Geisteskranken und Gesunden. Durch andere, sicher nachgewiesene Data wird sich das Product, der in einer Zahl ausgedrückte Einfluss der Erblichkeit ändern. Wahrscheinlich wird er sich dann, da manche unserer Annahmen in entgegengesetztem Sinne gemacht wurden, höher als nach unserer Rechnung stellen. Diese Methode der Rechnung muss offenbar mehr Auskunft geben, als die anderer Autoren, z. B. *Hoffmann*'s (Ztschr. XVI., S. 132), der nur festsetzt, wie viel Geisteskranke in einer bestimmten Anzahl von Familien, welche eine bestimmte Anzahl von Personen repräsentiren, vorkommen, und dies mit dem unterschiedslosen Vorkommen in der Bevölkerung vergleicht. Da es sich immer darum handelt, gewisse Eigenschaften der Descendenz festzusetzen und diese in Beziehung zu bringen mit gewissen Eigenschaften der Ascendenz, dann nur die der ersteren für sich und der letzteren für sich zu zählen, um die Grösse des Einflusses zu messen, so findet selbst, wenn nur Eltern und Kinder vorkämen, bei jener Bestimmung eine doppelte Zählung statt, und da mehrere Generationen, Seitenverwandte etc. vorkommen, so ist die Grösse des Einflusses vollkommen unklar.

Geht man weiter zur Abschätzung des Einflusses der indirecten Erblichkeit, so würden, da auch die Unverheiratheten (also über die Hälfte) und die Ergriffenen auch auf die Geschwisterkinder prädisponirend wirken, der erbliche Einfluss zum allerwenigsten

bei Annahme einer Familie auf 5 Geschwister auf eine 4 × so grosse Anzahl von Personen in der Descensenz sich erstrecken, bei einer Seite als bei directer Erblichkeit. Es kommt noch der Einfluss der Grosseltern mit 2 hinzu, so dass, wenn der Einfluss ein ebenso grosser wäre, als bei directer Uebertragung die Zahl der Erkrankten 6 × so gross sein müsste, als bei directer Erblichkeit. Sie beträgt aber nicht ganz ½ derselben (7,6), ist also zum wenigsten 12 × geringer, so dass sich ergiebt, wie sehr die Kraft des Erblichkeitsfactors abnimmt, wenn sie in einem Individuum sein Leben lang geschlummert hat.

Bezüglich der folgenden Abtheilungen mag die der Epilepsie einer näheren Erörterung unterzogen werden, obgleich sich ähnliche Betrachtungen über die anderen auch machen lassen. Die Epilepsie findet sich in der Bevölkerung häufiger als die Geisteskrankheit. *Hasse* (Handbuch, S. 261) scheint 6 auf 1,000 etwa annehmen zu wollen. Nichtsdestoweniger liefert die Epilepsie als Erblichkeitsfactor über 16 × weniger Geisteskranke, als die Geisteskrankheit selbst. Schon aus dieser Thatsache ergiebt sich, neben der zu Tage tretenden Verbindung zwischen allen Krankheiten des Nervensystems, doch die grosse Geneigtheit der Fortpflanzung in derselben Art der Erkrankung.

Der letztere Umstand führt dazu, die bei den Geschwistern der Aufgenommenen vorkommenden anderweitigen Krankheiten des Nervensystems je nach dem erblichen Momente, dem sie ihre Entstehung verdanken, zu beleuchten. Es ist dies in Tab. 10. nach der 2ten Abtheilung der Tab. 6. geschehen. Es mag aus ihr hervorgehoben werden, dass jede specielle Krankheit des Nervensystems in der Ascendenz sich selbst in der Descendenz am meisten begünstigt. So liefern die Geisteskrankheiten in der Ascendenz am wenigsten anderweitige Krankheiten des Nervensystems, die Epilepsie liefert ausser einer grossen Zahl Epileptischer nichts weiter, der Blödsinn liefert eine grosse Zahl Blödsinniger und dann noch eine geringere Epileptischer. Die vielumfassende Gruppe der Hysterie etc. liefert ebenfalls am meisten von diesen wenig bestimmten Krankheiten, die psychisch zweifelhaften Zustände liefern von sich selbst die weit überwiegendste Zahl, also die Neigung zur Fortpflanzung gerade in derselben Art der Erkrankung. Besonders hervorgehoben muss noch das starke Ueberwiegen von anderweitigen Krankheiten des Nervensystems bei der Rubrik „Angeboren“ werden, gegenüber denen mit Krankheiten in der Ascendenz. Es geht daraus hervor, dass diese Rubrik speciell verschieden, und nicht etwa im Ganzen dadurch entstanden ist,

dass man nur die Krankheiten in der Ascendenz nicht erfahren hat. Bekanntlich hat man vielfach hervorgehoben, wie die Geisteskrankheiten sich oft in derselben Art der Geisteskrankheit fortpflanzen. *Griesinger* l. c. spricht auch davon, und *Jung* (*Laehr's* Zeitschr. 1864) hat ein ausserordentlich massenhaftes Material in der Beziehung durchgearbeitet. Aus der vorstehenden Tabelle scheint sich übrigens zu ergeben, dass die Männer zu den abweichenden Erkrankungen, namentlich der Epilepsie und des Blödsinns, mehr prädisponirt sind.

Dieses führt zur Besprechung und Untersuchung der *Morel*schen Angaben. Derselbe macht (z. B. Traité des mal. mentales, Paris 1860) aus den erblichen Geisteskrankheiten eine eigene Form. Als eine höchst gerechtfertigte Eigenthümlichkeit der Ausführungen *Morel's* muss es gelten, dass er bei seinen Krankheitsauffassungen das ganze Leben des betreffenden Individuums berücksichtigt, nicht den einzelnen Anfall, sondern alle Anfälle bis zum letzten Ende und auch die geistigen Eigenthümlichkeiten vor der Ausbildung der Geistesstörung. Ein grosser Theil der von ihm angeführten charakteristischen Merkmale der einzelnen Formen bezieht sich ebenso gut auf die relativ gesunden Antecendentia, als auf die Krankheit, wobei freilich die Grenze zwischen Gesund heit und Krankheit wohl mehr verwischt ist, als es in der Natur der Sache an sich schon liegt. Bezüglich der erblichen Geistesstörungen geht nun der Tenor aller seiner Ausführungen dahin (S. 513), dass die Krankheiten des Nervensystems sich allerdings in gleichartiger Weise vererben können; er behauptet dies S. 539 speciell von der Hysterie, Epilepsie, Hypochondrie, Schwachsinn, besonders vom Selbstmord. Dagegen ist vorwiegend die Neigung zur Umbildung dieser Krankheiten und zwar mit fortschreitender Entwickelung zu schwereren und unheilbaren Zuständen. Es findet demnach nach ihm von den leichteren psychischen Veränderungen, die noch innerhalb des Bereichs der Gesundheit fallen, ein steter Fortschritt statt durch die folgenden Generationen bis zum angeborenen Blödsinn. Die Art seiner Festsetzung dieser verschiedenen Stufen ist (S. 515) folgende:

In der ersten Generation finden sich Reizbarkeit des Temperaments und Hirncongestion. In der zweiten Vermehrung dieser krankhaften Reizbarkeit, Gehirnhämorrhagieen, Epilepsie, Hysterie, Hypochondrie. In der dritten finden sich angeborene Dispositionen für die Geistesstörung, angeborene Tendenzen schlechter Natur. In der vierten Entartungen psychischer und intellectueller Natur. Diese Classificirung ist jedoch in der Folge auch in der

Theorie nicht so genau festgehalten. Die Epilepsie in der ersten Generation findet sich bei der genaueren Ausführung gar nicht mehr erwähnt. Die übrigen anderweitigen Krankheiten des Nervensystems nur obenhin. Er kommt dann zur folgenden Eintheilung (S. 521):

1. Klasse. Erbliche Geistesstörungen in Folge Steigerung des nervösen Temperaments, excentrischen Wesens, der Reizbarkeit, der Hypochondrie bei den Eltern. Die Kinder sind sensitive Wesen, voll Sympathieen und Antipathieen, zeigen Reizbarkeit, Perversität der Gefühle und Handlungen mit Geneigtheit in eigentliche Seelenstörung zu verfallen. Zuweilen findet sich grössere intellectuelle Schwäche, Neigung zu allgemeinen Delirien, frühzeitige *Dementia*. —

Entgegen diesen letzten Bemerkungen, welche schon einen höheren Grad der Entartung anzuzeigen scheinen, stellt er nun seine 2te Klasse folgendermaassen hin (S. 540).

Delirien der Gefühle und Handlungen mit anscheinender Erhaltung der intellectuellen Fähigkeiten, instinctiver, räsonnirender Wahnsinn, *Moral insanity* etc. Der Wahnsinn charakterisirt sich mehr durch das Delirium der Handlungen, als durch das der Worte. Sie unterscheiden sich mehr durch ihre Excentricität, Incohärenz, Unregelmässigkeiten, tiefe Immoralität ihrer Handlungen. Es können dabei bedeutende intellect. Fähigkeiten vorhanden sein, Also die Verkehrtheit des Gemüths und der Handlungen scheint hier von ihm besonders betont und dieser rein psychologische Gesichtspunkt zur Charakterisirung einer Krankheitsspecies ausreichend befunden zu sein, wenn nicht etwa die Stufenleiter der Abstammung mit Nothwendigkeit diese Aufstellung fordert. Hiervon sogleich, bezüglich der ersteren mag bemerkt werden, dass die Intactheit der Intelligenz, Delirien, welche mehr in der Perversität der Handlungen, als in der Störung oder Unordnung der Ideen bestehen, wiederholt (S. 525 und 572) als Merkmal der erblichen Geistesstörung überhaupt angeführt werden. In seinen Einzelausführungen ist ferner z. B. S 531 bezüglich der 1sten Klasse von excentr. Handlungen, Gott weiss wie zahlreich die Rede, die Jemand beging, um sich vor Wahnsinn zu bewahren, ferner Seite 530 von Geneigtheit zum Selbstmord, zu ungewohnten, gefährlichen excentrischen Handlungen, welche sich zuweilen mit erschreckender Augenblicklichkeit offenbaren. Noch hinfälliger wird das Gewicht und die Schärfe der Unterscheidung dieser beiden wichtigsten Krankheitsgruppen, wenn man von seinen theoretischen Ausführungen absieht und die noch nicht 20 Krankheits-

geschichten einzelner Fälle nebst Notizen über deren Angehörige und einige andere anekdotenhafte Bemerkungen genauer betrachtet, welche die Basis seines Systems zu sein scheinen. Seinem System nach sollte in der Ascendenz die obenbezeichnete Ordnung je nach der Schwere der Erkrankung vertreten sein. Es finden sich nun in der 1sten Gruppe neben Reizbarkeit, Jähzorn, Erfindungssucht, anderweitigen Nervenleiden alle möglichen Geistesstorungen mit dem schlimmsten Ausgang und Trunksucht. Ausserdem diese Störungen bis in die 4te aufsteigende Generation.

In der 2. Klasse findet man Geisteskrankheit, oft in mehreren Generationen, Trunksucht, angeborenen Schwachsinn, entehrende Strafen. Man sieht also, dass die beiden Klassen dem Abstammungsmomente nach vielfach zusammenfallen und daher keine Scheidung nach diesem Gesichtspunkte erlauben. Bezüglich der Descendenz ist in Betreff der geistigen Eigenthümlichkeiten der 1sten Klasse vor der Erkrankung oft nichts bemerkt, nur, dass sie zu irgend einer Zeit in Geistesstörung, oft mit terminalem Blödsinn, verfielen, oder es ist von den oben besprochenen psychischen Eigenthümlichkeiten, oder von Schwachsinn, oder von guten geistigen Fähigkeiten mit bald eintretendem Blödsinn die Rede. In der 2ten Klasse ist ebenfalls von Eigenthümlichkeiten, excentrischem Wesen, Neigung zum Wechseln, zum Trinken, ferner von angeborener intellectueller Schwäche, oder von guter Begabung ohne besondere Nebeneigenthümlichkeiten mit bald eintretendem Blödsinn die Rede. Also wiederum grösstentheils Zusammenfallen. — Was ferner die Form der ausgebrochenen Geistesstörung anbetrifft, so begegnen wir in der 1sten Klasse neben Fällen, wo die relativ gesunden Charaktereigenthümlichkeiten das ganze Leben bleiben, solchen mit genuinen Anfällen von Geistesstörung, welche heilen oder in Blödsinn enden, ferner solchen mit instinctiven schlechten Handlungen und Verkehrtheit der Gefühle mit dem Ausgang in intellectuellen Verfall. In der 2ten Klasse zeigen sich grosse Sonderbarkeiten der Ideen, Extravaganzen des Handelns und auch Verkehrtheit der Neigungen im unmoralischen Gewande, auch mit dem Uebergange in Blödsinn. In der grössten Zahl der Fälle ist die Intelligenz mehr erhalten, als in der ersten. — Was endlich die Krankheiten der Seitenzweige betrifft, so zeigen sich in beiden Fällen die viel genannten geistigen Eigenthümlichkeiten, Selbstmorde, Geisteskrankheiten, angeborener Schwachsinn bis zu vollendetem Blödsinn.

Aus allem dem geht hervor, dass die beiden Krankheitsklassen nach Abstammung, geistigen Eigenthümlichkeiten vor der Erkran-

kung und Art der Erkrankung der Geschwister und gleichstehenden Seitenzweige ziemlich zusammenfallen, und dass selbst die Formen der Erkrankung nicht principiell verschieden sind. Es scheint die Zusammenstellung je nach einer mehr oder minder prägnant ausgeprägten und stetigen äusseren Form, mithin vorläufig eine sehr künstliche zu sein.

Die 3te Klasse *Morel*'s (S. 562) enthält die Geistesstörungen mit begrenzter intellectueller Existenz. Frühzeitige und angeborene Neigungen zum Bösen. Uebergang zum unheilbarsten Blödsinn unter dem Einfluss von Zwischenursachen. Sie bevölkern nach ihm die Correctionshäuser. Sehen wir uns in den wenigen Krankheitsgeschichten nach Beweismitteln für diese Klasse um, so finden wir unter den Ascendenten Trunksucht, Geisteskrankheit; unter den Descendenten ursprünglich gute, mittelmässige Begabung, die viel erwähnten Eigenthümlichkeiten. Als Form im Fall weiteren Fortschritts entweder direct, frühzeitig eintretenden Blödsinn oder unter den Geschwistern solchen nach vorhergegangenen anderweitigen Krankheitsformen oder in Heilung übergehende Geistesstörungen.

Die 4te Klasse enthält den angeborenen Blödsinn. Es wird sein Vorkommen als Resultat erblicher Uebertragungen betont, ohne dass über die weiteren Bedingungen seines Entstehens etwas vorläge.

Aus alle dem dürften sich manche schätzbare Beiträge ergeben, bezüglich der Form geistigen Erkrankens, die an manche Schilderungen unserer deutschen Schriftsteller, z. B. *Damerow*'s im „Sefeloge" erinnern, die übrigens vorläufig, so lange ein gesammtes Material erblicher Geistesstörungen nicht in ihrer Hinsicht geprüft ist, auch in ihrer allgemeinsten Fassung, abgesehen von den einzelnen Klassen auf Allgemeingültigkeit als Regel des Erkrankens für erbliche Fälle, noch keinen Anspruch haben. Dagegen dürfte die von ihm aufgestellte Stufenfolge der Erkrankung in den folgenden Generationen nach seinen eigenen Krankheitsgeschichten wohl hinfällig erscheinen. Er wird sich dessen zu wiederholten Malen bewusst, z. B. S. 516. „Man kann nicht immer eine Uebereinstimmung und eine exacte Auseinandersetzung erwarten bei einem so schwierigen Thema wie die Erblichkeit oder S. 517. Bald kann man die Verkettung, Aufeinanderfolge bei der Erblichkeit verfolgen, bald ist man erstaunt über die Schnelligkeit des Endes. Bald sind alle Glieder der Familie ergriffen, bald trifft man Genie's und Idioten bei einander." — Den einzig zulässigen Weg, um die Abhängigkeit bestimmter und wachsender psychischer Störungen im Grossen mit bestimmten Verhältnissen der Ascen-

deuten in Verbindung zu bringen, den statistischen über ein grosses Material sich erstreckenden, hat *Morel* nicht betreten.

Wir haben in Folgendem den Versuch gemacht, für das vorliegende Material gewisse Eigenthümlichkeiten der Ascendenz, namentlich die Art der Erkrankung, je nach Geisteskrankheit, Epilepsie, Blödsinn etc. und das Verhältniss und die Zahl der Generationen in Verbindung zu bringen mit gewissen Eigenthümlichkeiten der erkrankten Descendenz, um so Materialien zur Entscheidung der Frage über die fortschreitende Entartung in Folge der Erblichkeit zu gewinnen, der Frage, ob die von ihr geschwungene Geissel wirklich so verheerend für die Descendenz einwirke, wie es nach der *Morel*'schen Darstellung den Anschein hat. Vorher mag daran erinnert werden, dass unsere Tabelle 6. in einigen Punkten wenig für die Allgemeingültigkeit jener Lehre von der fortschreitenden Entartung spricht. Es müssten die Abtheilungen Epilepsie, Hysterie und andere Nervenkrankheiten und vor Allem psychisch zweifelhafte Zustände eine grössere Zahl von Geistesstörungen unter der Descendenz hervorgerufen haben. Es treten im Gegentheil die Geisteskrankheiten selbst als die unendlich mächtigeren Factoren hervor. Es spricht dies ebenso wie die Resultate der Tabelle 10. dafür, dass das vorwiegende Gesetz dasjenige der Erkrankung der Descendenz in derselben Form ist.

Tab. 10. (nach Tab. 6.)

Abstammung von	Vorkommen anderweitiger mit Geisteskrankheiten zusammenhängender Nervenleiden unter den Geschwistern der Aufgenommenen je nach der Abstammung.				
	Descendenz.				
	Blödsinn. (*)	Epilepsie.	Psychisch zweifelhaft, mit Trunksucht und Selbstmord.	Sonstige Nervenleiden.	Summa.
Geisteskrankheit direct	1,67	1,02	1,84	0,82	5,3
- indirect	0,50	0,5	0,5	0,5	2
Epilepsie	—	7,3	—	—	7,3
Blödsinn	12,5	2,08	—	—	14,6
Hysterie etc.	1,63	1,63	0,81	3,25	7,3
Psychisch zweifelhaft	3,13	—	9,375	4,7	17,2
Sa.	1,87	1,18	1,67	1,18	5,9
Männer	1,93	1,4	2,28	0,53	6,1
Frauen	1,21	0,97	0,72	2,17	5,07
Angeboren	4,72	6,69	5,12	2,36	18,9
Sa.	2,4	2,3	2,4	1,4	8,5

*) Die Procentsätze sind nach der Gesammtzahl der Aufgenommenen und der Geschwister der betreffenden Kategorie berechnet.

Wir haben nun in Tabelle 11—12 gewisse Eigenschaften der Des-
hältnissen der Ascendenz. Tab.

A. Erbliche nach Abstammung und

(Ascendenz.)	I. Gut begabt.			II. dito mit Eigenth.		
	M.	Fr.	S.	M	Fr.	S.
Geisteskrankheit direct Einerseits .	24	12	36	25	26	51
Geheilt	13	9	22	8	9	17
Geisteskrankheit direct Beiderseits .	—	2	2	5	6	11
Geheilt	—	1	1	5	3	8
Geisteskrankheit indirect	6	4	10	23	13	36
Geheilt	—	2	2.	5	6	11
Blödsinn	—	—	—	5	5	10
Geheilt	—	—	—	1	1	2
Epilepsie, Hysterie etc.	12	—	12	7	13	20
Geheilt	3	—	3	5	3	8
Psychisch zweifelhaft	4	1	5	3	2	5
Geheilt	1	1	2	1	1	2
Trunksucht	3	1	4	3	3	6
Geheilt	1	1	2	1	—	1
Angeboren	9	6	15	11	10	21
Geheilt	5	4	9	3	2	5
Sa.	58	26	84	82	78	160
Geheilt	23	18	41	24	25	49
B.	Nichterb-					
	40	18	58	124	65	189
Geheilt	19	13	32	22	22	44

cendenz in Verbindung gebracht mit gewissen Eigenschaften und Ver-
11.

ursprünglich geistiger Veranlagung.

III. Mittelm. v.			IV. S. prädispon.			V. Unbestimmt.			Summa.		
M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
15	4	19	9	9	18	102	80	182	175	131	306
3	3	6	2	—	2	37	27	64	63	48	111
—	1	1	3	2	5	23	14	37	31	25	56
—	1	1	1	1	2	7	3	10	13	9	22
12	2	14	4	3	7	64	42	106	109	64	173
2	—	2	1	—	1	25	8	33	33	16	49
3	4	7	1	—	1	9	11	20	18	20	38
2	1	3	—	—	—	1	3	4	4	5	9
9	4	13	3	2	5	47	31	78	78	50	128
2	1	3	—	2	2	8	6	14	13	12	25
2	2	4	1	—	1	12	10	22	22	15	37
—	2	2	—	—	—	2	4	6	4	8	12
4	—	4	—	—	—	18	18	36	28	22	50
1	—	1	—	—	—	3	5	8	6	6	12
6	1	7	3	—	3	47	51	98	76	68	144
3	—	3	—	—	—	18	12	30	29	18	47
51	18	69	24	16	40	322	257	579	537	395	932
13	8	21	4	3	7	101	68	169	165	122	287

liche, Veranlagung.

M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
30	10	40	6	4	10	569	477	1,046	769	574	1,343
8	1	9	—	—	—	145	107	252	194	143	337

Tab. 12.*)

	Ursprüngliche Veranlagung.					
	I	II.	III.	IV.	V.	Sa.
	Erbliche.					
Summa	9	17,2	7,4	4,3	62,1	
Männer	10,8	15,3	9,5	4,4	60	
Frauen	6,8	19,7	4,6	4,1	65,1	
	Nichterbliche.					
Summa	4,3	14,1	3	0,74	77,7	
Männer	5,2	16,1	4	0,78	74	
Frauen	3,1	11,3	1,7	0,7	83,1	

Tab. 13.

	Heilungsprocente bei ursprüglicher Veranlagung.					
	I.	II.	III.	IV.	V.	Sa.
	Erbliche.					
Summa	48,4	30,6	30,4	17,5	29,2	30,8
Männer	39,7	29,3	25,5	16,6	31,4	30,7
Frauen	69,2	32,1	44,4	18,7	26,5	30,9
	Nichterbliche.					
Summa	55,2	23,3	22,5	—	24,2	25,1
Männer	47,5	17,7	26,6	—	25,5	25,2
Frauen	72,2	33,8	10	—	22,4	24,9

*) Die Tabellen 12—15. incl. sind aus Tab. 11. gearbeitet.

Tab. 14.

	Veranlagung je nach der Abstammung.					Heil-procente.
	I.	II.	III	IV.	V.	
Geisteskrankheit direct Einerseits	11,8	16,7	6,2	5,9	59,5	36,3
Geisteskrankheit direct Beiderseits	3,6	19,6	1,8	8,9	66,1	39,3
Geisteskrankheit indirect	5,8	20,8	8,1	4	61,3	28,3
Blödsinn	—	26,3	18,4	2,6	52,6	23,7
Epilepsie etc.	9,4	15,2	10,2	3,9	60,9	19,5
Psychisch zweifelhaft	13,5	13,5	10,8	2,7	59,5	32,4
Trunksucht	8	12	8	—	72	24
Angeboren	10,4	14,6	4,9	2,1	68,1	32,6
Summa	9	17,2	7.4	4,3	62,1	30,8

Tab. 15.

		Zahl der in d. Anstalt Aufgenommenen.	Deren Geschwister.	Deren Procentsatz.
Procentsatz der Zahl der Geschwister der in die Anstalt Aufgenommenen, je nach der Abstammung	Geisteskrankheit direct Einerseits	298	107	35,9
	Geisteskrankheit direct Beiderseits	59	26	44,1
	Geisteskrankheit indirect	175	26	14,8
	Blödsinn	35	13	37,1
	Epilepsie etc.	134	30	22,4
	Psychisch zweifelhaft	44	20	45,5
	Trunksucht	47	2	4,2
	Summa	792 (149)	224	28,3
	Angeborene	118	136	114,2
	Summa	910	360	39,6

Tab. 16.

	Verhältnisse, wenn erbliche Anlage bei mehreren vorhergehenden Generationen vorhanden war.																	
	Gut veranlagt.			Mit Eigenthümlichkeiten.			Mittelm. veranlagt.			Sehr prädisponirt.			Unbestimmt.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
Direct von 2 Generationen ...	2	1	3	2	4	6	4	—	4	4	4	8	13	4	17	25	13	38
Indirect von 2 Generationen ..	2	2	4	7	5	12	4	2	6	2	—	2	20	15	35	35	24	59
Direct von 3 Generationen ...	1	1	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	3	1	4
Summa ..	5	4	9	10	9	19	8	2	10	6	4	10	34	19	53	63	38	101

Tab. 17.

	0—14 Jahre.			15—20 Jahre.			21—25 Jahre.			26—30 Jahre.			31—35 Jahre.			36—40 Jahre.			41—45 Jahre.			46—50 Jahre.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
Direct von 2 Generationen	1	1	2	4	3	7	12	6	18	5	1	6	2	1	3	—	1	1	—	—	—	1	—	1	25	13	38
Indirect v. 2 Generationen	—	1	1	7	6	13	6	7	13	4	4	8	6	5	11	5	—	5	1	—	1	3	—	3	32	23	55
Direct von 3 Generationen	—	—	—	1	—	1	1	1	2	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4
Summa .	1	2	3	12	9	21	19	14	33	10	5	15	8	6	14	5	1	6	1	—	1	4	—	4	60	37	97

Tab. 18.

	Geheilt.			Gebessert.			Gestorben.			Ungeheilt.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
Direct von 2 Generationen	6	4	10	7	—	7	7	3	10	5	6	11	25	13	38
Indirect v. 2 Generationen	10	12	22	2	4	6	6	4	10	17	4	21	35	24	59
Direct von 3 Generationen	1	1	2	1	—	1	—	—	—	1	—	1	3	1	4
Summa .	17	17	34	10	4	14	13	7	20	23	10	33	63	38	101

Tab. 19.

	Zahl der Geschwister.				
	M.	Fr.	Unbek.	S.	
Direct von 2 Generationen .	5	6	2	13	= 34,2 pCt.
Indirect von 2 Generationen	4	8	—	12	= 31,6 pCt.
Direct von 3 Generationen .	3	2	—	5	
Summa . . .	12	16	2	30	= 29,7 pCt.

Sonst bei Erblichen = 28 pCt.

Tab. 20

	Procente zur Tabelle 16.				
	I.	II.	III.	IV.	V.
Direct von 2 Generationen .	7,9	15,8	10,5	21,5	44,7
Indirect von 2 Generationen	6,8	20,3	10,2	3,4	59,3
Summa	9	19	10	10	53
Erblichkeit im Allgemeinen	9	17,2	7,4	4,3	62,1

Tab. 21.

	Procente zur Tabelle 17.								
	0-14.	15-20.	21-25.	26-30.	31-35.	36-40.	41-45.	46-50.	über 50.
Direct von 2 Generationen	5,3	18,4	47,9	15,8	7,9	2,6	—	2,6	—
Indirect von 2 Generationen	1,8	23,6	23,6	14,5	20	9,1	1,8	5,5	—
Summa . . .	3	21	33	15	14	6	1	4	—
Erblichkeit im Allgemeinen	3,3	17,5	20,8	16,4	12,5	9,2	7,2	5,6	7,2

Tab. 22.

	Procente zur Tabelle 18.			
	Geheilt.	Gebessert.	Gestorben.	Ungeheilt.
Direct von 2 Generationen	26,3	18,4	26,3	28,9
Indirect v. 2 Generationen	37,3	10,2	16,9	35,6
Summa . . .	34	14	20	33
Erblichkeit im Allgemeinen	30,8	11,8	24,3	—

Bezüglich der Descendenz sind es die ursprüngliche Veranlagung und das Heilungsprocent je nach dem letzten Ausgange bezüglich der Ascendenz die Art der nervösen Erkrankung und die Zahl der ergriffenen Generationen, welche der Erforschung und gegenseitigen Vergleichung unterworfen sind. Die ursprüngliche Veranlagung ist auch bei den Nichterblichen festgestellt, und der Vergleich mit den Erblichen gemacht. Die Angabe über ursprüngliche Veranlagung konnte der Natur der Sache nach nur eine geordnete Zusammenstellung nach den Angaben der Fragebögen sein. Sie ist eine rein sammelnde Arbeit und von allen etwaigen Zuthaten, die aus der Beobachtung des Krankheitsverlaufs geschöpft sind, frei. Nur die eigne Kenntniss der Geistesanlagen nach erfolgter Heilung konnte für die letzten Jahre benutzt werden. Wenn schon bei Betretung dieses Feldes auf die grosse Exactheit unserer anderweiten Untersuchungen Verzicht geleistet werden muss, so erheben sich neue Scrupel wegen der Natur der Quellen, aus denen man schöpfen muss. Wenn in denselben ein grosser Theil nach der uns beschäftigen-

den Richtung werthloses Material enthält, so liefert doch ein anderer hinreichend überzeugende Thatsachen und Beweismittel. Man wird daher einen Theil für die weitere Forschung ausfallen lassen müssen, und die Höhe dieser Zahl zeigt unsere Kategorie V. an. Von dem Rest gilt dann unser mehrfach angewendetes Princip, dass ein alle Bedingungen des Ganzen enthaltender, vollkommen exact festgestellter, zu einer genügend grossen Zahl angewachsener Theil zu Vergleichen vollkommen beweiskräftig ist. Ueber den geringeren und grösseren Werth der einzelnen Kategorieen geben diese selbst am besten Auskunft. Es sind 5 Kategorieen gemacht worden. In die 1ste Kategorie sind Diejenigen untergebracht, welche als gut, zuweilen ausgezeichnet veranlagt, bezeichnet sind. Von irgend welchen krankhaften oder auffallenden Erscheinungen ist hier nicht die Rede. In die 2te Klasse gehören Diejenigen mit Bizarrerieen der Ideen, Anomalieen des Empfindens, vorzugsweise jedoch Abnormitäten des Temperaments und Charakters, welche einen mässigen Grad nicht übersteigen. Sie finden sich entweder bei guter oder mittelmässiger intellectueller Begabung. Das Gewicht ist hier auf jene Anomalieen gelegt. Die Ausdrücke, welche sich in den Fragebögen finden, sind z. B. für die Männer: Gut begabt, ausschweifend. — Von je eigenthümlich, gut begabt — Geflappt, zotig, trank zuweilen — Bestrafter Dieb, gefürchteter Mensch — Schwachsinnig, unstet, hielt die Lehrzeit nicht aus — Trunkenbold, Sträfling etc. — Sehr empfindlich gegen jeden Tadel — Stets eigenthümlich, eifersüchtig, aufbrausend — Wechselte wiederholt seine Studien, versuchte sich als Dichter etc. Für die Frauen: Eigensinnig, störrisch — Unzufrieden, eigensinnig — gutmüthig, still, verschlossen — sehr heftig und widerspenstig — Geizig, herrschsüchtig, jähzornig — Eigensinnig, geschlechtlich ausgeschweift, böswilliger Charakter — Eigensinnig, frech, wechselte oft den Dienst — Grosse Empfänglichkeit für Kummer und Gram etc. In die 3te Kategorie gehören die Individuen, welche sich durch mittelmässige und schlechte intellectuelle Begabung auszeichnen, sobald der Schwachsinn keine besondere Höhe erreicht hat. Anderweitige Abnormitäten des Gemüths und Temperaments sind ausgeschlossen, wenn diese etwa nicht so gering sind, dass man die Fälle nicht in die 2te Klasse einreihen konnte. — Die 4te Kategorie enthält die in höherem Grade zur Geisteskrankheit prädisponirten Individuen, besonders auffallende Reizbarkeit, auffallende Abnormitäten des Gemüths, des Charakters und der Lebensführung. Die betreffenden Angaben in den Fragebögen für die Männer sind: Als Knabe eigensinnig,

still, schnell wechselnde Gemüthsstimmung. Zur Zeit der ersten Communion grosse religiöse Aengstlichkeit, viele religiöse Uebungen — Störrisch eigensinnig, musste wegen Ungehorsams mit 13 Jahren aus der Schule entfernt werden, war nachher im Correctionshause, arbeitete nicht, schweifte umher, versuchte Brandstiftung. — Ein ganzes Leben voll Streit mit Vorgesetzten jeder Art. Ungezähmte Sucht zu Intriguen, Denunciationen, Verfolgungen. — Als Kind verkehrt, für sich, mucksig, vernachlässigte Erziehung, Gefrässigkeit, Stehlen von Esssachen, allmählig stärkeres Hervortreten des Wahnsinns. — Als Kind 5—6 ×, zuletzt mit 2 Jahren an Gehirnentzündung gelitten. Stets scrupulöse Gewissenhaftigkeit. Ausgezeichneter Gymnasiast, doch mit Prima grosser Nachlass seines Strebens, Unstetigkeit, zunehmende Entwickelung. — Keine Neigung zum Lernen, widerspenstig. Versucht sich als Gymnasiast, Fähndrich, Oekonom, Schreiber, stete Unzufriedenheit mit jedem Berufe. Seit der Pubertätszeit Klagen über Mangel an Kraft und Ausdauer. Seit Jahren allnächtlich Pollutionen. Zunehmende Unlust zur Arbeit, Widerspenstigkeit, Gereiztheit. — Von Kindheit an eigensinnig und böse, verfolgte stets seinen Stiefvater, freute sich, wenn seine Halbgeschwister krank waren und starben. Gedächtniss gut, brachte es in 8 Jahren nicht so weit, dass er Buchstaben lernte. Im 20. Jahre Communion. Ging stets umher, sorgte für seinen Bauch und ärgerte Andere. — Als Kind immer traurig, weinte oft ohne Ursache. Von jeher grosse Willensschwäche, wechselte seine Studien. Vom 18.—23. Jahre Onanie. Auf der Universität neuralgische und spasmodische Zufälle. — Gute Intelligenz und Gemüth. Zeichnete sich von jeher durch eine ausserordentliche Heftigkeit und Zornmüthigkeit aus, so dass er sich auf die Erde warf und um sich schlug, lebte sehr flott *in Ven. et Baccho*, so dass er sein Vermögen durchbrachte. Später Anfälle grosser, für krankhaft gehaltener Heftigkeit, denen krampfhafte Zuckungen der Hände vorhergingen etc.

Für die Frauen heissen die betreffenden Angaben:

Gute Verstandeskräfte und viel Eigensinn, bereits im 15. Jahre grössere Eigenthümlichkeiten, vermehrter Eigensinn, Unlust zur Arbeit, blieb zu ungewohnter Zeit im Bett liegen. Steigerung, lief in der Umgegend umher, zu entfernten Geistlichen und Aerzten, bald Nahrungsscheu, bald Gefrässigkeit etc. — Von je eigensinnig, schwache Intelligenz, Willenlosigkeit, Neigung zu kindischen, excentrischen Handlungen, thut nichts, geschlechtlich erregt, tyrannisirt die Umgebung, schimpft, fügt sich jedoch. — Eigen-

nnig, tollköpfig und roh, Habsucht und Geiz. Machte mehr-
ıch Vermögens-Ansprüche gegen ihren Bruder geltend, obgleich
e ihren Antheil erhalten hatte, und mehrfach von Rechtspersonen
›gewiesen war. Stets Streit mit dem Bruder bis zu Thätlich-
›iten. — Wie die ganze Familie ein superkluges, sich über An-
re erhebendes Benehmen. Geizig, reizbar, eigensinnig. Seit
hren Tabakraucherin. — Schon vor der Verheirathung fiel sie
m Manne durch auffallende Streiche auf, er heirathete sie doch
ch auf Zureden. In der Ehe Zanksucht, Eitelkeit, Schamlosig-
it. Nach 9 Jahren der 1ste entschiedene Anfall von Geistes-
›rung. — Pietistische Familie. Gute Anlage. Schon vor der
e viel geschlechtlicher Verkehr. Gleich beim Beginn der Ehe
m sie dem Manne zweifelhaft vor. Der Mann musste den Haus-
lt besorgen. Sie widersetzte sich bei Bestrafung der Kinder. In
bestimmten Zeiten Angstanfälle mit Schreien, einige Stunden
g. Stets geschlechtlich sehr erregt. Während der Schwanger-
ıaften verkehrter etc.

Die 5te Kategorie endlich enthält Diejenigen, über welche
ne hinreichend zuverlässige Angaben über ursprüngliche Ver-
agung vor Ausbruch der Krankheit gemacht werden können.

In Tabelle 12. ist nun nach Tabelle 11. die Summe aller Erb-
ıen je nach den einzelnen Kategorieen mit der Summe aller
hterblichen zusammengestellt worden. Es ergiebt sich dann
interessantestes Factum, dass die best charakterisirte 4te Ka-
›rie, die sehr Prädisponirten enthaltend, bei den Erblichen
a 6 × so stark ist, als bei den Nichterblichen (4,3—0,79).
h die 3te Kategorie, die intellectuell schlecht Begabten, ist
den Erblichen nahe 2½ × (7,4—3) so stark als bei den Nicht-
ichen. Auch die 2te Gruppe, die Excentrischen etc. enthal-
, ergiebt noch ein namhaftes Uebergewicht zu Gunsten der
ichen. Doch ist diese Gruppe diejenige, welche die ver-
rimmendsten Uebergänge in die volle Gesundheit macht. Nimmt
diese 3 Kategorieen zusammen, so würde sich die Summe bei
Erblichen auf 29 Procent, bei den Nichterblichen auf nahe 18
ent stellen. Rechnet man hierzu noch Diejenigen etwa, welche
nem verhältnissmässig frühen Lebensalter erkranken, etwa bis
17ten Jahre, und dadurch eine hohe Prädisposition zu er-
en geben, welche grossentheils nicht in der obigen Zusam-
ıtellung enthalten sind, da die Berücksichtigung der ausge-
ıenen charakterisirten Geistesstörung fern blieb, so würde
die Summa der Erblichen vielleicht um 7 Procent, die der
:erblichen um 4 Procent (siehe die spätere Tabelle der Lebens-

alter) erhöhen. Wir würden so für die Erblichen 36 Procent, für die Nichterblichen 22 Procent bekommen. Bei richtiger Schätzung würden sich diese Zahlen wegen der Breite der 2ten Kategorie, bedeutend verringern. Aus alledem ergiebt sich jedoch mit Bestimmtheit, dass der bei weitem grösste Theil der Erkrankten mit erblicher Anlage eine auf spätere Erkrankung deutende ursprüngliche Veranlagung nicht darbietet. — Bemerkenswerth ist ferner, dass auch die ursprünglich gute Veranlagung sich bei den Erblichen mehr als doppelt so stark vertreten findet, als bei den Nichterblichen (9—4,3), was anderwärts ähnlich, auch von *Morel* hervorgehoben ist.

Es tritt für den grössten Theil der bestimmt charakterisirten Kategorieen ein Ueberwiegen der Männer über die Frauen hervor, am Ueberwiegendsten bei den Nichterblichen, vielleicht deshalb, weil die Lebensstellung der Frauen ihre Eigenthümlichkeiten weniger hervortreten lässt. Die mehr charakterisirten Kategorieen, z. B. die 4. und 2. bei den Erblichen, zeigen diese Eigenthümlichkeiten nicht.

Die Tab. 13. enthält die Heilungsprocente der einzelnen Kategorieen je nach den Erblichen und Nichterblichen. Es sind hier die Heilungen je nach dem letzten Ausgang der Krankheit registrirt. Bei den Erblichen enthält die 1ste Kategorie die meisten Heilungen; es folgen die 2te und 3te und enthalten die sehr Prädisponirten die wenigsten Heilungen. Bei den Nichterblichen ergiebt sich fast dasselbe Verhältniss. Es leuchtet die Wichtigkeit dieser Angaben für die Prognose ein. Es überwiegen für die charakterisirten Kategorieen meist die Frauen über die Männer. Der Vergleich der einzelnen Kategorieen bei den Erblichen mit denen bei den Nichterblichen, ergiebt für die gut Veranlagten ein Ueberwiegen der Nichterblichen, so dass diese also neben seltener Erkrankung sich durch leichtere Heilung auszeichnen. Alle andere Kategorieen dagegen ergeben ein Uebergewicht der Erblichen und ist diese für die 4te, die sehr Prädisponirten, sehr auffallend, wo die Nichterblichen gar keine Heilungen haben. Diese Eigenthümlichkeit der leichteren Heilungen der Erblichen für die Mehrzahl, welche also den *Morel*'schen Angaben der fortschreitenden Entartung widerspricht, wird später noch besonders erörtert werden.

Die Tabelle 14. enthält die einzelnen Kategorieen der ursprünglichen Veranlagung je nach der Ascendenz, in der Weise, wie die Ueberschriften es ergeben. Die Abtheilung Epilepsie etc. enthält alle übrigen Krankheiten des Nervensystems, die sonst keinen Platz gefunden haben. Die letzte Colonne enthält die Heilungen

je nach der Ascendenz. Es ergiebt nun zunächst die 4te charakteristischste Gruppe, die der sehr Prädisponirten, ein sehr bedeutendes Uebergewicht für die directe Geisteskrankheit von beiden Seiten. Es folgt die directe Geisteskrankheit von einer Seite, dann die indirecte Geisteskrankheit. Die Epilepsie und andere Krankheiten des Nervensystems schaffen auch schwere Erkrankungen, schliessen sich sofort an, während die anderen Abtheilungen, namentlich auch die psychisch zweifelhaften Zustände geringere Zahlen ergeben. Auch die 2te Kategorie, die der prononcirten leichteren Eigenthümlichkeiten, lässt eine ähnliche Folge erkennen. Nach Abrechnung des hier gerade sehr vertretenen Blödsinns stehen wiederum die Geisteskrankheiten obenan, die psychisch zweifelhaften Zustände niedrig.

Die 3te Kategorie, der intellectuell Schwachen, zeigt den Blödsinn am vorwiegendsten, also wiederum Vererbung in ähnlicher Form der Erkrankung, während die Geisteskrankheiten niedrig stehen. Endlich die 1ste Gruppe ergiebt die höchste Ziffer für die psychisch Zweifelhaften, es folgt die directe Geisteskrankheit. Auch für die Heilungen stellt sich eine ähnliche Ordnung zu Gunsten der Geisteskrankheiten heraus, so dass die directe Geisteskrankheit von beiden Seiten am höchsten steht; es folgt die von 1 Seite, dann die psychisch zweifelhaften Zustände, dann weiterer Abfall. Wenn also auch die Geisteskrankheiten direct von beiden Seiten, direct von 1 Seite, indirect in dem Grade dieser Reihenfolge, für eine Reihe von Fällen einen ungünstigeren Zustand bei der Descendenz hervorrufen (Kategorie 4 und 2), so erzeugen sie die intellectuelle Schwäche (3.) weniger, als die anderen Krankheiten des Nervensystems, begünstigen im Gegentheil mit den psychisch zweifelhaften Zuständen bei einer Reihe von Fällen eine gute Veranlagung (1.) und liefern höhere Heilungsprocente. Die Theorie von der unterschiedslosen fortschreitenden Entartung bestätigt sich also wiederum nicht. — Bei *Jung* in seinem citirten Aufsatze (Zeitschft. XXI. S. 651) findet sich die Schlussfolgerung: „Das Heilbarkeitsverhältniss schien günstiger, wenn so zu sagen die Vorerben an Seelenstörung litten, als wenn diese von Epilepsie, Hysterie etc. befallen waren, oder auffallende Charaktereigenthümlichkeiten zeigten. Der Beweis dafür scheint in der Tabelle der S. 649 liegen zu sollen, welche angeblich darnach angefertigt ist, ob die Blutsverwandten etc. an ausgesprochener Seelenstörung oder an Blödsinn litten. Es finden sich dann unter der Bezeichnung: Blutsverwandte irre 47,90 pCt., unter der: Erbliche Fällen 46,23 Procent Geheilte, ein ähnliches Verhält-

niss für die Geheilten und Gebesserten aufgeführt. Es würde dies also, wenn diese Tabelle den Anfangs angegebenen Inhalt hätte, in gröberen Umrissen, im Princip mit unseren Angaben übereinstimmen. Es findet sich ferner S. 651 eine Genesungstabelle für Erbliche von Vaters S. = 33,08, Mutters S. = 34,51, und von Seiten der Eltern, Geschwister und sonstigen Blutsverwandten = 32,52, worüber sich also, bei Vergleich mit unserer directen und indirecten Erblichkeit, dieselben Bemerkungen aufdrängen. Man sieht also jedenfalls, man hat es mit mehr, als zufälligen Zahlenverhältnissen zu thun. — Die Tabelle 15. giebt Auskunft über die Anzahl der Geschwister, welche gleichzeitig von Geistes- oder anderen schweren Nervenkrankheiten ergriffen waren, je nach der verschiedenen Ascendenz. Die Zahl der nicht in die Anstalt Aufgenommenen ist zu der Zahl der Aufgenommenen = 100 berechnet. Es ergiebt sich dann eine auffallend hohe Zahl für die psychisch zweifelhaften Zustände. Die eigentlichen Geisteskrankheiten zeigen wieder dieselbe Stufenfolge in der Schwere der Erkrankung, zuerst die directe Geisteskrankheit von beiden Seiten, dann von 1 Seite, dann die indirecte. Auch der Blödsinn zeigt eine hohe Zahl, wenn man bedenkt, dass auch der indirecte mitzählt. Dagegen zeigen die anderweiten Nervenkrankheiten eine geringe, wenn man bedenkt, dass sie alle, mit Ausnahme der Epilepsie, nur direct sind.

Um den Einfluss mehrerer geisteskranken Generationen in der Ascendenz auf die Descendenz hervortreten zu lassen, sind in Tabelle 16 — 19. die Fälle mit Geisteskranken in mehreren vorhergehenden Generationen einer und derselben Seite speciell zusammengestellt und in Verbindung gebracht mit der ursprünglichen Veranlagung, dem Lebensalter der Erkrankung, dem Ausgange der Krankheit und der Zahl der zugleich ergriffenen nicht in die Anstalt aufgenommenen Geschwister. Die Fälle sind in mehrere Gruppen geschieden, je nachdem direct 2 Generationen, also die Eltern und Grosseltern, geisteskrank waren, oder je nachdem die Eltern und die Geschwister der Eltern, was also ebenfalls Vererbung von den Grosseltern voraussetzte, also indirect 2 Generationen, oder 3 voraufgehende Generationen erkrankt waren. Doch enthält der mit einem Kreuz versehene Fall der 3. Gruppe, der, um keine neue Abtheilung zu machen, hierhin gestellt ist, nur Erblichkeit in der 3. und 4. vorangehenden Generation. Die Tabellen 20 — 22. enthalten die Procentberechnungen mit Fortlassung der 3ten, an Zahl zu unbedeutenden Gruppe, wobei die Summa, welche 101, in der 2. Tabelle 97 beträgt, da es auf so

genaue Verhältnisse nicht ankommt, unverändert hingesetzt ist. Des Vergleichs halber sind die betreffenden Verhältnisse bei der Erblichkeit im Allgemeinen ebenfalls hingestellt.

Die Tabelle 20. enthält den Vergleich der ursprünglichen Veranlagung. Es tritt sofort der bedeutende Unterschied für die vorliegenden Fälle bei allen durch Abnormitäten charakterisirten Gruppen, zum Nachtheil vorliegender Fälle hervor. Am auffallendsten ist er bei den sehr Prädisponisten (10—4,3), doch auch bei III. und weniger bei II. Die beiden Gruppen weichen unter sich bedeutend ab, besonders bei IV. und dann bei II., hier im entgegengesetzten Verhältniss. — Die Tabelle 17. enthält die Procent-Verhältnisse auf den einzelnen Altersstufen. Es geht aus der untersten Reihe hervor und wird später noch speziell erörtert werden, dass die Erblichen durch ein bedeutendes Ueberwiegen auf den früheren Altersstufen, durch ein Zurückstehen auf den späteren sich auszeichnen. Hier findet dies in um so höherem Grade statt, wie sich aus den Tabellen und folgender concentrirter Zusammenstellung ergiebt.

	— 25 Jahre.	26—35 J.	über 36 J.
Vorliegende Fälle	57 Fälle	29 Fälle	11 Fälle
Allgemeine Erblichkeit .	41,6 „	28,9 „	29,2 „

Es ist also hier der Charakter der Erblichkeit in um so höherem Grade ausgeprägt. Von den beiden Gruppen der vorliegenden Fälle enthält die 1ste, die der directen mehrfachen Generation, das Gesetz in um so höherem Grade ausgesprochen, die 2. mehr verschwommen, doch charakteristisch genug. Die 1ste Gruppe liefert bis 25 Jahre 71,6, die 2te 49,0 Procent.

Aus der Tabelle 22. würde folgen, wenn die Zahlen gross genug wären, dass der Charakter der Erblichkeit, der in grösserer Zahl der Heilungen und weniger Todesfällen besteht, hier um so mehr ausgesprochen ist. Die beiden Gruppen weichen jedoch unter sich bedeutend ab. — Aus der Tabelle 19. würde folgen, dass bei mehrfach erkrankter Generation die Zahl der zugleich ergriffenen Kinder eine etwas grössere, namentlich bei der 1sten Gruppe wäre, als bei der Erblichkeit im Allgemeinen.

Wenn man auch bezüglich der Folgerungen wegen der kleinen Zahlen vorsichtig sein muss, so scheinen doch einige Ergebnisse bestimmt genug hervorzutreten. Diese sind, dass bei Ergriffensein mehrerer Generationen die Eigenthümlichkeiten der Erblichkeit in um so höherem Grade ausgeprägt sind. Es sind dies theilweise eine grössere Entartung, schlechtere Veranlagung der Descendenz, jedoch nur in einem kleineren Theile der Fälle, dann eine grös-

sere Tendenz zur Genesung, also etwas vom Vorigen sehr Verschiedenes. Die gleichzeitige Erkrankung der Geschwister ist zwar stärker, als die der Erblichkeit im Allgemeinen, jedoch in keinem Falle stärker, als bei directer Erkrankung einer Seite. Es ist ferner die Tendenz, in frühem Lebensalter zu erkranken, ausgesprochener, als bei der Erblichkeit im Allgemeinen. Der grösste Theil der hervorgehobenen Eigenschaften ist bei directer Erblichkeit in mehreren Generationen ausgesprochener, als bei indirecter.

Vergleicht man alles bisher Ausgeführte, so ergiebt sich, dass bei der Lehre von den erblichen Geisteskrankheiten, und zwar bei der verstärkten Erblichkeit in um so höherem Grade, die allgemeinen Gesetze der Erblichkeit, wie sie für den gesunden und kranken Zustand gelten, hier in derselben Weise sich zeigen. Es findet eine ausserordentlich erhöhte Anlage zu Geisteskrankheiten, das Erkranken in einem früheren Lebensalter, nach späterem auch eine grössere Neigung zu wiederholten Erkrankungen statt. Es pflanzen sich die charakteristischen Eigenthümlichkeiten der erkrankten Eltern und zwar vorzugsweise in derselben Art der Erkrankung auf die Kinder fort. Es bieten die Zustände der Kinder eine gewisse Breite des Verhaltens nach der schlechten und nach der guten Seite hin dar. In ersterer Hinsicht treten die krankhaften Eigenthümlichkeiten ursprünglicher Veranlagung, die sehr prononcirten in um so höherem Grade vor den Nichterblichen hervor, es ist ferner die Zahl der von Geisteskrankheit Ergriffenen theilweise eine grössere nach der Grösse der Erblichkeit.

Wenn dies für die *Morel*'sche Auffassung der fortschreitenden Entartung der Race durch die Erblichkeit spricht, so ist zu betonen, dass die betreffenden Thatsachen nur einen kleineren Theil aller erblichen Fälle umfassen. Für die grosse Mehrzahl der letzteren lässt sich das Princip der Entartung entgegen den nichterblichen Fällen, nicht erkennen. Den ursprünglich schlecht veranlagten Fällen stehen gut und sehr gut veranlagte gegenüber. Der Zustand der wirklichen Geisteskrankheit ist dem gesunden näher gerückt, nicht allein bezüglich der erhöhten Erkrankbarkeit, sondern auch der Heilbarkeit. Die Lebensgefahr in Folge der Geisteskrankheit ist eine geringere.

Wir kommen endlich zu dem verschiedenen Verhalten der Erblichkeit je nach den Confessionen. In der Provinz Schlesien, wo man ein verhältnissmässiges Ueberwiegen der evangelischen Bevölkerung über die katholische in Betreff der Aufnahmen in die Anstalt und bei der Irrenzählung in der Provinz gefunden hat,

;ellt sich etwas Aehnliches bezüglich der Erblichkeit heraus. 'ie Evangelischen überwiegen sehr über die Katholiken, am mei- ;en die Frauen. Die Juden liefern die grösste Erblichkeit. *Jung* . c. S. 630) giebt für die Evangelischen Männer 27,66 — Frauen 2,30, für die Katholiken 22,64 — 25,70, Juden 40,90 — 41,02 ı. *Martini* giebt (Ber. 1864. S. 20) die entsprechenden Verhältnisse ıf 19,28 — 26,69; 15,38 — 20,03; 32,31 — 46,83 an. In dem ericht für 1860 S. 18 giebt er als möglichen Grund des häufigeren orkommens des Irreseins unter der evangelischen Bevölkerung ıs häufigere Heirathen unter Blutsverwandten an.

Dagonet (Traité S. 189) führt ähnliche Gründe für die ab- eigende Häufigkeit des Irreseins innerhalb seines Beobachtungs- eises unter Juden, Protestanten und Katholiken an, und zwar ch ihm zum Theil wegen der geringeren Anzahl abweichender ligionsgesellschaften. *Jung* spricht (l. c. S. 639) noch von der reinbrechenden Verschlechterung und Entartung der Race etc., lge wieder der nahe verwandtschaftlichen Heirathen unter ein- der.

Bezüglich des vorliegenden Materials haben wir in Tab. 24. ı Erblichen nach den Confessionen zusammengestellt, der Ein- hheit halber uns auf die Rubriken: directe, indirecte Erblich- t und Angeborensein beschränkend. Es sind hier also auch anderweitigen Nervenkrankheiten in den betreffenden Rubri- ı untergebracht. Es ist bei Anfertigung der Tabelle mit etwas engerer Auswahl verfahren, als bei Anfertigung der Tabelle 6., nentlich ist die Rubrik: Einwirkung von Gemüthsbewegungen Folge Schwangerschaft der Mutter ganz in Fortfall gekommen. her gestalten sich die Procentverhältnisse etwas niedriger. Die mme der einzelnen Confessionen haben wir in der früheren ise festgestellt., so dass die Epileptischen und von Kind an dsinnigen die mit fehlenden Fragebögen, die wiederholt Auf- ommenen abgezogen sind (Tabelle 25.).

Tab. 24.

Erblichkeit nach Confessionen.	Directe Erblichkeit.								Indirecte Erblichkeit.										Angeboren.		Summa.		
	Vaterseits.		Mutterseits.		Beiderseits.		Summa.		Vaterseits.		Mutterseits.		Beiderseits.		Unbestimmt.		Summa.						
	M.	Fr	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.
Katholiken	84	52	65	64	26	22	175	138	23	9	27	21	6	1	21	12	77	43	41	34	293	215	508
Evangelische	63	34	64	45	39	22	166	101	8	9	18	12	2	1	10	5	38	27	33	29	237	157	394
Juden	6	1	2	7	—	—	8	8	1	—	1	2	—	—	—	—	2	2	4	4	14	14	28
Summa ...	153	87	131	116	65	44	349	247	32	18	46	35	8	2	31	17	117	72	78	67	543	386	930

Tab. 25.

	Katholiken.			Evangelische			Juden.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
Bleibt daher bei Vergleichung der Erblichkeit	731	507	1,238	549	420	969	35	39	74	1,315	966	2,281
Davon Erbliche	293	215	508	237	157	394	14	14	28	544	386	930
Procente	40,1	42,3	41	43,2	37,4	40,6	40	36,6	38	41,4	40	40,8

Tab. 26.

	Directe Erblichkeit.								Indirecte Erblichkeit.										Angeboren.		Summa.		
	Vaterseits.		Mutterseits		Beiderseits.		Summa.		Vaterseits.		Mutterseits.		Beiderseits.		Unbestimmt.		Summa.						
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.
Katholiken	11,5	10,1	8,9	12,6	3,6	4,3	23,9	27,2	3,1	1,8	3,8	4,1	0,8	0,2	2,9	2,4	10,5	8,5	5,6	6,7	40,1	42,3	41
Evangelische	11,5	8,1	11,7	10,7	7,1	5,2	30,2	24	1,5	2,1	3,3	2,9	0,4	0,2	1,8	1,2	6,9	6,4	6	6,9	43,2	37,4	40,6
Juden	17,1	2,6	5,7	18	—	—	22,9	20,5	2,9	—	2,9	5,1	—	—	—	—	5,7	5,1	11,4	10,2	40	36,6	38
Summa .	11,6	9	10	12	4,9	4,6	26,5	25,6	2,4	1,9	3,5	3,6	0,6	0,2	2,4	1,8	8,9	7,4	5,9	6,9	41,4	40	40,8

Tab. 26. enthält dann die Procentberechnungen. Es stellt sich dann ein von den übrigen Angaben nicht unbedeutend abweichendes Resultat heraus. Die Juden liefern die geringsten, wobei allerdings zu bemerken, dass die Zahlen sehr klein sind und die Zahlen innerhalb der einzelnen Abtheilungen sehr schwanken. Die Katholiken und Evangelischen sind sich fast gleich, mit einem geringen Uebergewicht der Ersteren 41 — 40,6. Es stellt sich auch insofern eine Abweichung von den schlesischen Verhältnissen heraus, dass bei den Katholiken die Frauen überwiegen: 40,1 — 43,2, bei den Evangelischen die Männer in bedeutendem Grade, 43,2 — 37,4. Gehen wir die einzelnen Abtheilungen der Tabelle durch, so muss beim Vergleich mit der 1sten Tabelle berücksichtigt werden, dass die Epileptischen, Blödsinnigen, Trunksüchtigen etc., welche das männliche Geschlecht in den betreffenden Abtheilungen prä-

valiren machten, hier bei der directen Erblichkeit ihren Einfluss ebenfalls geltend machen, wodurch die Resultate nicht ganz dieselben werden. Bei der Summa stellt sich dann auch bei väterlicher Prädisposition ein Ueberwiegen der Söhne, bei mütterlicher ein Ueberwiegen der Töchter heraus. Dagegen ist die ganze Descendenz der Mütter nur unbedeutend grösser, als die der Väter, weil nach Obigem bei einer Reihe Fälle: Trunksüchtige, Schwachsinnige etc. der väterliche Einfluss allein vertreten oder überwiegend ist. Auch die directe Abstammung von beiden Seiten weist entgegen dem Obigen ein geringes Ueberwiegen der Männer nach. Das Endresultat bei der directen Abstammung ist daher ein geringes Ueberwiegen der Männer. Ein weiterer Vergleich der Zahlen der einzelnen Gruppen scheint wenig fruchtbringend. Es scheinen kaum Resultate hervorzutreten, die nicht in dem Zufall der kleinen Zahl enthalten wären. Bei den Juden ist die Zahl für die angeborenen Geisteskrankheiten sehr gross, während die für Geisteskranke in der Ascendenz kleiner sind. Man könnte hier vielleicht an den Einfluss von Heirathen in der Verwandtschaft denken. Wegen der geringen Ausbeute unterdrücken wir auch die weitere Tabelle, die wir für dieselben Verhältnisse für 1856—60 und 1861—64 angefertigt haben. Nur mögen die Summen für 1856—64 hier Platz finden, welche für die Katholikeu 44,4 (Männer 42,6; Frauen 46,8) und für die Evangelischen 42,6 (Männer 44,7; Frauen 39,7) beträgt, also im Sinne der obigen Zahlen. (Es mag noch bemerkt werden, dass, wie Verfasser persönlich bekannt, in einem Theile Westfalens unter der evangelischen Bevölkerung Heirathen unter Blutsverwandten vielfach vorkommen.)

Anhangsweise mag noch der Erblichkeitsverhältnisse bei Epilepsie und angeborenem Blödsinn gedacht werden. Es muss jedoch bemerkt werden, dass uns diese Tabelle, ohnehin eine weniger bedeutende Zahl umfassend von geringerem Werthe zu sein scheint. Die im Uebrigen schon vielfach mangelhafte Ausfüllung der Fragebögen scheint hier noch einen höheren Grad zu erreichen. In der Tabelle 27. befinden sich die Procentberechnungen und der Vergleich mit einigen Zahlen der Erblichkeit bei Geisteskrankheiten. Der Unterschied tritt sofort hervor. Es mag nur bemerkt werden, dass die directe und indirecte Abstammung von geisteskranken Eltern 23,2 Procent Geisteskranke, dagegen nur 5,6 Procent Epileptische und 3,3 Procent Blödsinnige liefert. Die anderen Nervenkrankheiten liefern nur 11,3 Procent Geisteskranke in der Descendenz, dagegen 14,4 Procent Epileptische und 30 pCt. Blödsinn. Es wird wohl von dem Zufall der kleinen Zahlen oder

mangelhaften Nachrichten herkommen, dass die Epilepsie in der Ascendenz Epileptischer nicht mehr vertreten ist. Der Blödsinn in der Ascendenz der Blödsinnigen erreicht wenigstens die höchste Ziffer : 10. Es geht übrigens auch wiederum aus dieser Tabelle hervor, wie wenig berechtigt man ist, den angeborenen Blödsinn als gleichberechtigtes Glied den übrigen Geisteskrankheiten als regelrechten Schlussstein der Racenentartung anzureihen. Ferner ergiebt sich schon hier, wie sehr berechtigt es ist, die Untersuchung über Epilepsie und den angeborenen Blödsinn von den übrigen Geisteskrankheiten zu trennen.

Tab. 27.

Ascendenz.	Erblichkeit-Procent-Verhältniss.		
	Epilepsie.	Blödsinn.	Geisteskrankheit.
Geisteskrankheiten	5,6	3,3	23,2
Angeborener Blödsinn . .	0,8	10	
Epilepsie.	4,8	3,3	
Trunksucht	4,8 } 14,4	6,7 } 30,8	} 11,3
Hysterie, Excentr., Schlagfluss etc.	4	10	
Angeboren	5,6	8,3	6,5
Summa Männer .	28,6	42,9	41,6
- Frauen .	22,5	38,9	41,2
Summa . . .	26,6	41,7	41,4

In Nachfolgendem (vergl. die auf der folgenden Seite — oben — befindliche Tabelle) sind einige literäre Angaben, betreffend Erblichkeit bei Epilepsie, zusammengestellt worden. Die 4 ersten sind entnommen aus *Delasiauve* (Die Epilepsie, übersetzt von *Theile*. Weimar, 1855. S. 123 ff.), die beiden folgenden aus *Hasse* (Handbuch der Nervenkrankheiten, S. 264). Es ist dabei zu bemerken, dass die Methode der Rubricirung meist nicht exact ist. Es ist vielfach von der betreffenden Krankheit in auf- und absteigender Linie (also auch bei den Kindern) und bei den Seitenverwandten die Rede. Da die Rubrik Angeborensein fehlt, so werden die Fälle von miterkrankten Geschwistern ohne Kranke in der Ascendenz ebenfalls in den anderen Rubriken untergebracht sein. *Delasiauve* I. ist jedoch nach dessen Angaben genau nach unserer Me-

	Beau.	*Bouchet u. Casauvieilh.*	*Delasiauve.* I.	*Delasiauve.* II.	*Moreau.*	*Leuret.*	Marsberg.
Ascendenz . . . . Zahl	273	130	133	67	124	106	—
Geisteskrankheiten . .	1,5	—	0,8	—	21,0	—	5,6
Angeborener Blödsinn	—	—	1,5	—	—	—	0,8
Epilepsie	7,3	—	3,0	9,0	24,2	10,4	4,8
Trunksucht	—	—	—	—	19,4	—	4,8
Andere Nervenkrankheiten	1,5	—	2,3	—	20,0?	—	4,0
Angeboren	—	—	2,3	—	—	—	5,6
Summa .	10,3	23,8	9,8	14,9	84,6	10,4	26,6

thode rubricirt. *Leuret* umfasst nur Epilepsie bei Vätern und Müttern der Erkrankten. Speciell zu besprechen ist noch *Moreau*. Seine Angaben betreffen Fälle von Erkrankung, die sich bei den Verwandten und Kindern seiner Epileptischen fanden, berechnet zur Zahl der Letzteren. Von einem Vergleich mit den übrigen Angaben kann daher nicht mehr die Rede sein. Es ist dies auch wegen seiner hohen Angaben für die Erblichkeit der Geisteskrankheiten erwähnenswerth, bei denen sich vielleicht (es fehlen Verfasser die näheren Details) dasselbe Verhältniss geltend macht. Noch verschiedener von unserer Methode ist die *Herpin*'s (*Hasse*, l. c.), der feststellt, wie gross die Zahl der Epileptischen etc. unter der Gesammtzahl der Verwandten, berechnet zu dieser, ist. Dies ist also entsprechend *Hoffmann* bezüglich der Geisteskrankheiten nach Früherem. Es ergiebt sich dann bei einem Vergleich der vorstehenden Tabelle als das Wichtigste, dass bezüglich der Epilepsie in der Ascendenz die Angaben von Marsberg unter anderen Angaben bleiben, dass die Idiotie überall sehr zurücktritt und dass die niedrigen Zahlen für die anderen Zustände in der Ascendenz und daher auch für die Summa der Erblichkeitsziffer bei den anderen Autoren höchst wahrscheinlich von der mangelnden Aufmerksamkeit auf diese Zustände herrührt. Anbei (s. S. 237, oben) sind die Erblichkeitsverhältnisse des bei der Irrenzählung 1865 in Mecklenburg (*Löwenhardt*, Ztschft. XXIII. Suppl.-Heft) ermittelten Bestandes an Blödsinnigen von Jugend auf, dargestellt. Es zeigen sich dann hinreichende Abweichungen von den Marsberger Ergebnissen. Der Blödsinn in der Ascendenz fehlt ganz. Die Geisteskrankheiten

Erblichkeits-Procent bei angeborenem Blödsinn.

Ascendenz:	
Geisteskrankheiten . . .	8,9
Epilepsie	0,4
Trunksucht	0,8
Unbestimmte Erblichkeit .	2,0
Angeboren	6,3
Summa. Männer . .	18,4
- Frauen . .	18,4
Summa .	18,4

weisen einen viel höheren Satz auf, als Marsberg für die Idiotie, stimmen jedoch mit letzterem darin überein, dass der Satz viel niedriger ist, als für die Geisteskrankheiten in der Ascendenz von Geisteskrankheiten in Mecklenburg. Auch die Zahl für das Angeborensein weicht nicht zu weit von der Marsberger Zahl ab. Dagegen liefern die Zahlen für die anderweiten Krankheiten des Nervensystems (ebenso, wie für die Ascendenz der Geisteskrankheiten) sehr niedrige Zahlen, und in Folge davon auch die Summe der Erblichkeitsziffer. Es geben diese Zahlen wohl zu denselben Erwägungen Anlass, wie die bezüglich der Epilepsie beigebrachten.

Lebensalter der Erkrankung.

Man hat vielfach das Lebensalter, in dem die Geistesstörungen zum Ausbruch gelangen, zu ermitteln gesucht, indem man mit Recht von der Voraussetzung ausging, dass diejenigen geistigen und leiblichen Eigenthümlichkeiten, welche den durch grössere Häufigkeit des Irrseins ausgezeichneten Lebensaltern zukommen, ein Licht auf die besondere Prädisposition zum Irrsein werfen. Man muss die Grösse der Folgerungen in Betracht ziehen, welche die betreffenden Forscher aus ihren Beobachtungen machen, um den Werth zu ermessen, den sie auf diese Beobachtungen legen. *Quetelet* (Ueber den Menschen, übersetzt von *Rieke*, Seite 444) sagt: Die vorzüglichsten dramatischen Werke werden in dem Alter zwischen 25 und 50 Jahren producirt, es ist dann die Imagination und Vernunft am productivsten und entwickeln sich die meisten Geisteskrankheiten. Später hebt er noch hervor, dass der Mensch vom 25. bis 30. Jahre in Bezug auf Körperentwickelung fast vollendet sei, in diese Zeit die Periode der Fortpflanzung falle, das intellectuelle Leben und die Geisteskrankheiten sich entwickeln. *Dagonet* (Traité, 1862, Seite 186) bemerkt, dass das Maximum der

Geisteskranken beim Manne zwischen 30—40 Jahre falle, dass er sich um diese Zeit fast ohne Uebergang Angesichts der Leidenschaften und Enttäuschungen aller Art finde, während bei der Frau (wo nach ihm das Alter von 20—30 Jahr gleich steht) die Stunde des Kampfes schon lange geschlagen hat. *Guislain* (*Morel* l. c. Seite 100) kommt auf das Alter von 30—40 Jahr, auf das Alter der grössten häuslichen Sorgen, für die Frau auf das Alter von 30—50 Jahr, das kritische Alter des Lebens, welches sie mehr, als den Mann den Krankheiten des Gemüths aussetzt. *Griesinger* (Handbuch, Seite 150) sagt, dass die ausserordentliche Mehrzahl aller Fälle in die Periode der höchsten Reife fällt, in die Zeit der leiblichen Fortpflanzung und geistigen Productivität, der Ehe und des eigentlichen bürgerlichen Lebens, von 25—50 Jahr. Er fährt dann, nachdem er eine Statistik von *Zeller* citirt hat, fort: Die Differenz zwischen Mann und Frau (Mann 20—30, Frau 30 bis 40 Jahr) liege darin, dass in der letzteren Periode für das weibliche Geschlecht die welkende Blüthe und die mit ihr schwindenden Hoffnungen auf Lebensglück an der grösseren Zahl der Erkrankungen Schuld sei. Eine weitere Mehrheit für die Frau zwischen 40—50 Jahr bringt er mit den Vorgängen der Involution zusammen. Der Wiener Bericht (1858, S. 86) kommt nach den Alterstabellen bei dem Mann auf mächtiges Streben und Leidenschaften, Ueberreizung durch Genuss, bei der Frau auf Genusssucht, Ehe und Geburten, dann auf die Zeit der Involution. — Bei dieser Wichtigkeit, die dem Lebensalter der Erkrankung zugelegt wird und bei den eben so massenhaften, als verschwommenen und entgegengesetzten Ansichten dürfte es angemessen sein, eine Reihe betreffender Daten zusammenzustellen; es möge jedoch, um an die Zahlen und Folgerungen die nöthige Kritik sofort anlegen zu können, über die einzuschlagende Methode der Untersuchung, die bei fast allen älteren und neueren Arbeiten nicht die richtige ist, einiges bemerkt werden.

Zunächst müssen aus diesen Tabellen die Epileptischen und von Kind an Blödsinnigen, die bezüglich des Alters ganz andere Verhältnisse darbieten, entfernt werden, was beim grössten Theile der folgenden Angaben nicht geschehen ist. Ferner kann natürlich, wenn man einmal die Prädisposition eines Alters feststellt, nur von dem Alter die Rede sein, in dem die Krankheit ausbrach, während fast alle Angaben sich auf das Alter der Aufnahme beziehen, welches oft Decennien weit hinter jenem zurückliegt. Auch die Angaben sogenannter reiner Heilanstalten, welche principiell übereinjährige Fälle nicht aufnehmen, sind von diesem Vorwurf

nicht frei. So sind bei *Martini* (Anstalts-Berisht 1860, S. 9) von 3102 Fällen 829, also 26,7 Procent als übereinjährige bezeichnet, was natürlich die Sätze sehr zum Nachtheil der jüngeren Altersklassen ändern muss. Eine wichtige Erwägung ist ferner die, dass die Prädisposition zu den ersten und zu den wiederholten Anfällen, wie aus unseren nachfolgenden Ausführungen sich ergiebt, eine ausserordentlich verschiedene ist, und dass man daher, wenn man über die wahre Prädisposition der Lebensalter Auskunft haben will, nur die ersten Anfälle berücksichtigen darf. Ferner ist noch zu bedenken, dass die Zusammensetzung der einzelnen Altersklassen einer Bevölkerung, auch nach Abrechnung der unter-15-jährigen, nicht überall dieselbe ist, dass namentlich grosse Städte und eine ländliche Bevölkerung sich verschieden verhalten. Wenn auch dieser Unterschied bei unseren Untersuchungen nicht in dem Maasse nach unseren früheren Auseinandersetzungen in die Wagschale fällt, wie bei anderen Krankheiten, Sterblichkeit etc., so ist er doch im Auge zu behalten. Es ist daher vorläufig einem unter einzug denselben Verhältnissen gesammelten grossen Material der Vorund zuzugestehen vor einem unterschiedlos angesammelten, welches etwa bestehende Unterschiede verwischt.

Um eine übersichtliche Anschauung von einem grossen Theil der in der Literatur vorfindlichen alten und neuen Angaben über das Alter der Aufnahme in die Anstalt zu geben, rubriciren wir sie in Folgendem in 3 Kategorieen, je nach den Decennien des Lebensalters, auf welche die grösste, die zweit- und drittgrösste Höhe der Aufnahme-Procente fällt, indem wir diese mit 1., 2. und 3. Maximum bezeichnen.

1. Angaben mit folgender Reihenfolge der Altersstufen:

1. Maximum	2. Maximum	3. Maximum
30—40 Jahr.	40—50 Jahr.	20—30 Jahr.

Esquirol, Paris (*Quetelet*, l. c.), *Guislain* (*Morel*, Traité S. 100), Derselbe mit einer Zusammenstellung aller Anstalten Englands (ibidem), *York*'sches Stiftungs-Irrenhaus (*Julius*, Seite 319), *Fuchs* nach einer grossen Zusammenstellung (*Quetelet*, l. c.), *Dagonet* (Traité Seite 186), Göppingen (Landenberger Bericht 1866).

2. Angaben mit folgender Reihenfolge:

1. Maximum	2. Maximum	3. Maximum
30—40 Jahr.	20—30 Jahr.	40—50 Jahr.

Esquirol Charenton (*Quetelet*), Wien, Holländische Anstalten, Sonnenstein, Siegburg (früherer Zeitraum), Salzburg (sämmtlich

von *Zillner*, Allgemeine psychiatrische Zeitschrift XVI. S. 614), Bethlehem von 1846—1855 (Zeitschrift XVI.), *Güntz* (Anstalts-Bericht), Tabelle von 20 Anstalten, Zahl der Fälle 21,333, von *Thurnam* (Zeitschrift III. Seite 716), *Zeller*, Winnenthal von 1840 bis 1843 (Zeitschrift I. Seite 68), Illenau (Bericht 1866).

3. Angaben mit folgender Reihenfolge:

1. Maximum	2. Maximum	3. Maximum
20—30 Jahr.	30—40 Jahr.	40—50 Jahr.

Hall (*Zillner* l. c.), Schwedische Anstalten 1861 bis 1862 (Zeitschrift XXII. Seite 270), *Bernhardi*, Anstalt zu Königsberg (Zeitschrift II. Seite 275), *Damerow*, Halle (Zeitschrift XXII. Seite 220), *Martini* (Anstalts-Bericht 1860 für 30 Jahre), Marsberg, *Stewart* (Journ. of med. sc. 1865, S. 163.).

Um die Verschiedenheit der Geschlechter in übersichtlicher Weise hervortreten zu lassen, folgen 2 Reihen, eine solche, wo das 1. oder 2. Maximum der Frauen später, und eine solche, wo das 1. oder 2. Maximum der Frauen früher fällt, als bei den Männern; die bereits citirten Angaben bezeichnen wir mit der Nummer der vorstehenden Kategorieen.

I. Reihe von Angaben, wo das 1. oder 2. Maximum des Alters bei den Frauen später fällt, als bei den Männern:

{ *Esquirol* Charenton (2), *Fuchs* (1).
{ 2. Maximum, Männer 20—30, Frauen 40—50.

{ *Falret* (*Quetelet* l. c.), *Parchappe* (*Morel* l. c.),
{ 1. Maximum, Männer 30—40, Frauen 40—50.

{ Siegburg 1861—1864 (3), *Zeller* (2).
{ 1. Maximum Männer 20—30, Frauen 30—40,

Stewart (3):	Männer	Frauen.
1. Maximum	20—30	40—50
2. Maximum	30—40	30—40
3. Maximum	40—50	20—30.

Auch anderweitig tritt, wenn auch nicht in dieser markirten Weise, doch die Vorliebe der Erkrankungen der Frauen für das spätere Alter hervor; so liefern bei *Bernhardi* (3), die Männer bis zum 40. Jahr 72,9, die Frauen 66,1 Procent der Gesammterkrankungen; ebenso in Marsberg. Illenau (2) bis 40 Jahr Männer 61,4, Frauen 59,2 Procent.

II. Reihe von Angaben, wo das 1. oder 2. Maximum des Alters bei den Frauen früher fällt, als bei den Männern.

{ *Dagonet* (1), Wien (2), *Martini* (3),
{ 1. Maximum, Männer 30—40, Frauen 20—30,
{ York'sches Stiftungs-Irrenhaus (1),
{ 2. Maximum, Männer 40—50, Frauen 20—30.

Ueber diesen Geschlechtsunterschied wird später noch speziell die Rede sein.

Wenn schon aus dieser Zusammenstellung, die nicht einmal eine vollständige Uebersicht aller Abweichungen giebt, das ausserordentlich Schwankende und die Unmöglichkeit sich ergiebt, auf diese Weise zu exacten Anschauungen über das zu Seelenstörungen am meisten prädisponirende Lebensalter zu gelangen, so tritt dies ferner hervor, wenn man die Maxima und Minima der einzelnen Altersstufen nach einer Zusammenstellung von *Zillner*, betreffend die Aufnahmen von 8 Anstalten, zusammenstellt (Wien York, holländische Anstalten, Halle, Sonnenstein, Siegburg, Salzburg), Allgemeine Zeitschrift XVI. Seite 614.

Jahr	Maximum.	Name der Anstalt.	Minimum.	Name der Anstalt.
0—20	24,7	Halle	2,6	Hall
20—30	35,4	Hall	21	York
30—40	33,2	Siegburg	24,5	Halle
40—50	25,6	York	15,2	Halle (19 Hall)
50—60	15,4	holländische Anstalten	4,4	Halle (7,7 Siegburg)
über 60—	9,9	holländische Anstalten	1,0	Halle (1,9 Siegburg)

Die Procent-Berechnungen unserer Aufnahmen sind in Tabelle 29. enthalten:

Tab. 29.
Procentverhältnisse des Alters der Aufnahme von 1814—1864.

Jahr	Männer.	Frauen.	Summa.	Männer.	Frauen.	Summa.
—20	7,9	6,9	7,5	7,9	6,9	7,5
—25	15,9	12	14,4	32,5	26,7	30,2
—30	16,6	14,7	15,8			
—35	14,4	12,6	13,7	28,9	28,1	28,9
—40	14,5	15,5	15,2			
—45	9,4	11,8	10,3	17,5	21,3	19,0
—50	8,1	9,5	8,7			
—55	4,8	7,6	5,9	9,1	12,5	10,5
—60	4,3	4,9	4,6			
—65	2,3	2,8	2,5	3,2	4,4	3,7
—70	0,9	1,6	1,2			
über 70	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

Man sieht aus Allem, wie unsicher, wie schwankend und inexact die Thatsachen sind, auf welche so weit gehende Folgerungen gebaut wurden. Will man zu wirklich wissenschaftlichen Resultaten gelangen, so bleibt nichts übrig, als die erste wissenschaftliche Forderung zu befriedigen, dasjenige Lebensalter in Betracht zu ziehen, welches das der Erkrankung ist. Es handelt sich hier in der That nicht um die Frage: etwas Bestimmtes und Gewisses, wenn es auch vielleicht nicht so bezeichnend für die Sache wäre (das Alter der Aufnahme), einem Anderen vorzuziehen, was nicht mit hinreichender Sicherheit zu ermitteln ist, wenn es auch in der That das eigentlich Bezeichnende wäre (das Alter der Erkrankung). Die Frage ist in der That eine ganz andere. Es handelt sich darum, entweder gänzlich auf die Lösung einer Frage zu verzichten, da in diesem Fall das Ermittelte zum Theil gar nicht mit dem zu Vergleichenden in Beziehung steht und der mannigfachste Zufall zur wechselnden Gestaltung der Thatsachen mitwirkt — oder den einzigen, wenn auch nicht ganz so leichten Weg zur wirklich möglichen Lösung des Problems zu betreten. Sonderbarer Weise sind die Einwände der zu grossen Schwierigkeit der Ermittelung des eigentlichen Alters der Erkrankung von solchen Schriftstellern erhoben, welche es nicht

gescheut haben, die Krankheitsdauer vor der Aufnahme zu bestimmen; als wenn es z. B. für einen 24jährigen Mann schwieriger wäre, zu bestimmen, dass seine Erkrankung zwischen das 21. bis 25. Jahr falle, als zu bestimmen, dass er eine 3- bis 6-monatliche Krankheitsdauer gehabt habe. Man muss an die Bemerkung eines der sorgfältigsten psychiatrischen Statistiker erinnern, *Thurnams* (*Julius*, Seite 227), dass bei 469 Personen nur in 20 Fällen erheblicher Zweifel über den ersten Anfall stattgefunden habe. Ein Irrthum waltet bezüglich dieser Zusammenstellung noch ob, als wenn es durchaus nöthig wäre, gerade alle Fälle zu diesen Zusammenstellungen zu benutzen. Wir können uns in dieser Hinsicht auf das Seite 123 u. ff. Gesagte beziehen.

Man lässt darnach bei den vorliegenden Untersuchungen die unsicheren Thatsachen fort und kann sicher sein, bei einer gewissen Höhe der zusammengebrachten Zahlen dem die Erscheinungen beherrschenden Gesetze auf die Spur zu kommen, wenn anders die benutzten Thatsachen allen Bedingungen entsprechen, unter denen sie überhaupt vorkommen. Es kommt noch dazu, dass man die Grösse des Irrthums, der etwa noch vorkommen sollte, in seiner Wirksamkeit und Richtung abzuschätzen im Stande ist; er kann eben nur daher rühren, dass die Anfänge der Krankheit in einigen Fällen verkannt sind, dass über die etwa schon vorhergegangenen Anfälle keine Auskunft vorliegt; er würde mithin bewirken, dass die Prädisposition früher anzunehmen sei, als unsere Zahlen ergeben:

Tab. 30.

Alter.	Männer,	Frauen.	Summa.	
0—14	1,3	1	1,2	
—20	12,4	10,6	11,6	
—25	19,7	15,7	18	33,5
—30	15,8	15,1	15,5	
—35	14.1	11,9	13,2	26,0
—40	12,5	13,2	12,8	
—45	6,9	10,6	8,5	16,1
—50	6,4	9,1	7,6	
—55	4,1	5,8	4,8	8,5
—60	3,8	3,4	3,7	
—65	1,8	2,7	2,2	3,1
—70	0,9	0,9	0,9	
über 70	0,3	—	0,1	

Tabelle 30. ist nach dem Alter derjenigen ersten Anfälle angefertigt, welche zur Aufnahme in die Anstalt gelangten. Auf diejenigen ersten Anfälle, welche der ersten Aufnahme in die Anstalt vorhergingen, ist keine Rücksicht genommen. Die Epileptischen und von Kindheit an Blödsinnigen sind aus ihr entfernt. — Sie zeigt dann einige Aehnlichkeit mit der 3ten Kategorie der obigen Zusammenstellung. Am höchsten steht das Alter von 20 bis 30 Jahr; merklich vermindert folgt das vom 30—40., dann in bedeutendem Abfall das vom 40.—50. Jahr. Von Jahrfünften zeigt diese Tabelle das von 21-25 Jahren am stärksten — also im Widerspruch mit allen anderen nach Jahrfünften angefertigten Tabellen —; es folgt dann nach abwärts eine regelmässige Abnahme, das Alter von 16—20 steht in 5. Reihe. Bezüglich des Geschlechtsunterschiedes überwiegen bis zum 36. Jahr die Männer, von da ab fast ausnahmslos die Frauen.

Dieser Tabelle können wir noch keine unbedingte Gültigkeit bezüglich des Hervortretens der Prädisposition der Lebensalter einräumen. Diejenigen Aufnahmen, welche schon vorher Anfälle von Geisteskrankheit hatten, fallen in die Kategorie der wiederholten Erkrankungen, welche nach später Auszuführendem eine ganz andere Prädisposition haben, als die ersten Erkrankungen. Man muss daher eine Tabelle nur nach diesen ersten Erkrankungen anfertigen, wie es in Tabelle 31. geschehen ist.

Tab. 31.

Allgemeine Tabelle des Lebensalters.

Summe der Erblichen und Nichterblichen.

Jahr.		1. Anfall.			1. Rück-fall.		2. Rück-fall.		3. Rück-fall.		4. Rück-fall.		5. Rück-fall.		Summa der Rückfälle.			Summa der 1. Anfälle und Rückfälle.		
		M.	Fr.	S.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
0—14	Geheilt . .	*) 2 Per. 11	2 Per. 10	21	1	2	—	—	—	—	=	—	—	—	1	2	3	12	12	24
	Gebessert .	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3
	Gestorben .	6	2	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	2	8
	Ungeheilt .	8	5	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	5	13
	Summa	28	17	45	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	29	19	48
15—20	Geheilt . .	4 Per. 85	2 Per. 79	164	6	6	—	—	—	—	—	—	—	—	6	6	12	91	85	176
	Gebessert .	13	4	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	4	17
	Gestorben .	20	27	47	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	21	29	50
	Ungeheilt .	58	25	83	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	59	25	84
	Summa	176	135	311	8	8	—	—	—	—	—	—	—	—	8	8	16	184	143	327
21—25	Geheilt . .	5 Per. 89	72	161	7	1 Per. 12	1	2	1	—	—	—	—	—	9	14	23	98	86	184
	Gebessert .	39	13	52	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	41	13	54
	Gestorben .	46	35	81	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	4	48	37	85
	Ungeheilt .	85	40	125	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4	7	88	44	132
	Summa	259	160	419	14	18	1	2	1	—	—	—	—	—	16	20	36	275	180	455

*) 2 Periodische unter 11 Männern.
2 Periodische unter 10 Frauen etc.

Fortsetzung der Tab. 31. (Summa der Erblichen und Nichterblichen.)

Jahr.		1. Anfall.			1. Rück-fall.		2. Rück fall.		3. Rück-fall.		4. Rück-fall.		5. Rück-fall.		Summa der Rückfälle			Summa des 1. Anfälle und Rückfälle.		
		M.	Fr.	S.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
26—30	Geheilt . .	3 Per. 64	54	118	13	6	—	2	—	—	—	—	—	—	13	8	21	77	62	139
	Gebessert .	26	13	39	1	3	—	—	—	—	—	—	—	—	1	3	4	27	16	43
	Gestorben .	44	25	69	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	45	27	72
	Ungeheilt .	67	48	115	6	4	—	—	—	—	—	—	—	—	6	4	10	73	52	125
	Summa	201	140	341	21	15	—	2	—	—	—	—	—	—	21	17	3[illegible]	222	157	379
31—35	Geheilt . .	3 Per. 63	3 Per. 44	107	18	6	2	3	—	1	1	—	1	—	22	10	32	85	54	139
	Gebessert .	29	17	46	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	29	19	48
	Gestorben .	41	27	68	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	7	7	41	34	75
	Ungeheilt .	42	29	71	6	4	—	—	—	—	—	—	—	—	6	4	10	48	33	81
	Summa	175	117	292	24	18	2	4	—	1	1	—	1	—	28	23	51	203	140	343
36—40	Geheilt . .	4 Per. 47	23	70	12	10	4	5	1	2	—	2	—	—	17	19	36	64	42	106
	Gebessert .	14	15	29	2	2	2	—	1	—	—	—	—	—	5	2	7	19	17	36
	Gestorben .	42	38	80	6	4	1	—	—	—	—	—	—	—	7	4	11	49	42	91
	Ungeheilt .	35	34	69	4	2	1	—	—	—	—	—	—	—	5	2	7	40	36	76
	Summa	138	110	248	24	18	8	5	2	2	—	2	—	—	34	27	61	172	137	309
41—45	Geheilt . .	29	31	60	5	11	3	1	2	1	—	—	—	1	10	14	24	39	45	84
	Gebessert .	10	13	23	4	2	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	6	14	15	29
	Gestorben .	29	24	53	3	6	—	—	—	—	—	—	—	—	3	6	9	32	30	62
	Ungeheilt .	19	19	38	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	1	2	3	20	21	41
	Summa	87	87	174	13	20	3	2	2	1	—	—	—	1	18	24	42	105	111	216
46—50	Geheilt . .	1 Per. 30	1 Per. 26	56	8	1 Per. 2	1	1	2	—	—	—	—	—	11	3	14	41	29	70
	Gebessert .	7	11	18	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	8	12	20
	Gestorben .	21	21	42	4	5	—	—	—	—	—	—	—	—	4	5	9	25	26	51

	Ungeheilt .	19	13	32	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	2	2	4	21	15	36
	Summa	77	71	148	14	10	2	1	2	—	—	—	—	—	18	11	29	95	82	177
51—55	Geheilt . .	15	9	24	8	6	1	3	1	1	1	1	—	—	11	11	22	26	20	46
	Gebessert .	4	1	5	3	2	2	—	—	—	—	—	—	—	5	2	7	9	3	12
	Gestorben .	19	21	40	3	3	—	—	1	—	—	—	—	—	4	3	7	23	24	47
	Ungeheilt .	4	11	15	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	5	12	17
	Summa	42	42	84	15	12	3	3	2	1	1	1	—	—	21	17	38	63	59	122
56—60	Geheilt . .	11	5	16	3	5	2	—	—	1	—	—	—	—	5	6	11	16	11	27
	Gebessert .	5	4	9	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	5	7	7	14
	Gestorben .	20	16	36	4	—	—	2	—	—	—	—	—	—	4	2	6	24	18	42
	Ungeheilt .	4	2	6	1	1	2	—	—	—	—	—	1	—	4	1	5	8	3	11
	Summa	40	27	67	10	9	4	2	—	1	—	—	1	—	15	12	27	55	39	94
61—65	Geheilt . .	4	3	7	1	3	1	—	—	—	—	—	—	—	2	4	6	6	7	13
	Gebessert .	2	2	4	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	3	4	7
	Gestorben .	11	14	25	—	2	—	—	—	—	1	1	—	—	1	2	3	12	16	28
	Ungeheilt .	3	2	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	3	6
	Summa	20	21	41	2	8	1	—	—	—	1	1	—	—	4	9	13	24	30	54
66—70	Geheilt . .	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	2
	Gebessert .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Gestorben .	3	6	9	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	5	6	11
	Ungeheilt .	4	2	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	6
	Summa	8	8	16	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	10	9	19
71—80	Geheilt . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1
	Gebessert .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Gestorben .	4	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4
	Ungeheilt .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Summa	4	—	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	4	1	5
Summa Geheilt		449	356	805	82	71	15	15	7	6	2	3	1	1	107	99	206	556	455	1,011
		25 Per.	16 Per.	41 Per.		2 Per.														
	Gebessert	152	93	245	16	17	4	—	1	—	—	—	—	—	21	17	38	173	110	283
	Gestorben	306	256	562	26	31	1	3	1	—	1	1	—	—	29	35	64	335	291	626
	Ungeheilt	348	230	578	49	36	4	3	—	—	—	—	1	—	54	39	93	402	269	671
	Summa	1,255	935	2,190	173	155	24	24	9	6	3	4	2	1	211	190	401	1,466	1,125	2,591
Durchschnitts - Alter der 1. Erkrankung.		31,11	33,86	31,78																

Tab. 32.

Erbliche.

Jahr.		1. Anfall.			1. Rückfall.		2. Rückfall.		3. Rückfall.		4. Rückfall.		5. Rückfall.		Summa der Rückfälle.			Summa d. 1. An- und Rückfälle.		
		M.	Fr.	S.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
0—14	Geheilt . .	1 Per. 7	1 Per. 6	13	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	8	8	16
	Gebessert .	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3
	Gestorben .	4	2	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2	6
	Ungeheilt .	4	4	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	8
	Summa	18	12	30	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	19	14	33
15—20	Geheilt . .	1 Per. 45	44	89	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	8	49	48	97
	Gebessert .	6	3	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	3	9
	Gestorben .	9	9	18	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	10	11	21
	Ungeheilt .	27	16	43	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	16	43
	Summa	87	72	159	5	6	—	—	—	—	—	—	—	—	5	6	11	92	78	170
21—25	Geheilt . .	3 Per. 43	2 Per. 33	76	7	1 Per. 7	1	2	1	—	—	—	—	—	9	9	18	52	42	94
	Gebessert .	17	9	26	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	18	9	27
	Gestorben .	20	12	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	20	12	32
	Ungeheilt .	37	18	55	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	39	19	58
	Summa	117	72	189	10	8	1	2	1	—	—	—	—	—	12	10	22	129	82	211
26—30	Geheilt . .	2 Per. 31	28	59	8	4	—	2	—	—	—	—	—	—	8	6	14	39	34	73
	Gebessert .	8	6	14	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	3	8	9	17
	Gestorben .	20	7	27	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3	21	9	30
	Ungeheilt .	24	25	49	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	4	28	25	53

	Summa	83	66	149	13	9	—	2	—	—	—	—	—	—	13	11	24	96	77	173
31—35	Geheilt . .	(2 Per.) 24	(2 Per.) 18	42	7	4	1	3	—	1	1	—	1	—	10	8	18	34	26	60
	Gebessert .	14	7	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	14	7	21
	Gestorben .	15	9	24	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	2	15	11	26
	Ungeheilt .	15	12	27	3	4	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4	7	18	16	34
	Summa	68	46	114	10	9	1	4	—	1	1	—	1	—	13	14	27	81	60	141
36—40	Geheilt . .	(2 Per.) 19	(3 Per.) 8	27	6	4	1	3	—	2	—	2	—	—	7	11	18	26	19	45
	Gebessert .	7	5	12	1	1	2	—	1	—	—	—	—	—	4	1	5	11	6	17
	Gestorben .	12	7	19	4	3	1	—	—	—	—	—	—	—	5	3	8	17	10	27
	Ungeheilt .	12	14	26	2	1	1	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4	15	15	30
	Summa	50	34	84	13	9	5	3	1	2	—	2	—	—	19	16	35	69	50	119
41—45	Geheilt . .	(1 Per.) 12	15	27	2	6	3	—	1	1	—	—	—	1	6	8	14	18	23	41
	Gebessert .	4	2	6	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	5	3	8
	Gestorben .	8	7	15	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	2	3	5	10	10	20
	Ungeheilt .	9	9	18	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	10	9	19
	Summa	33	33	66	6	10	3	—	1	1	—	—	—	1	10	12	22	43	45	88
46—50	Geheilt . .	(1 Per.) 12	(1 Per.) 6	18	5	(1 Per.) 1	1	—	2	—	—	—	—	—	8	1	9	20	7	27
	Gebessert .	4	4	8	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	5	5	10
	Gestorben .	6	7	13	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	6	8	14
	Ungeheilt .	9	3	12	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	9	4	13
	Summa	31	20	51	6	4	1	—	2	—	—	—	—	—	9	4	13	40	24	64
51—55	Geheilt . .	6	6	12	1	3	—	2	1	—	1	1	—	—	3	6	9	9	12	21
	Gebessert .	3	1	4	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	2	2	4	5	3	8
	Gestorben .	4	4	8	1	2	—	—	1	—	—	—	—	—	2	2	4	6	6	12
	Ungeheilt .	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
	Summa	13	13	26	3	7	1	2	2	—	1	1	—	—	7	10	17	20	23	43
56—60	Geheilt . .	4	1	5	2	4	1	—	—	—	—	—	—	—	3	4	7	7	5	12
	Gebessert .	2	—	2	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	3	4	1	5
	Gestorben .	5	4	9	3	—	—	2	—	—	—	—	—	—	3	2	5	8	6	14

Fortsetzung der Tab. 32. (Erbliche.)

Jahr.		1. Anfall.			1. Rückfall.		2. Rückfall.		3. Rückfall.		4. Rückfall.		5. Rückfall.		Summa der Rückfälle.			Summa der An- und Rückfälle.		
		M.	Fr.	S.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
56—60	Ungeheilt .	2	—	2	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—	2	1	3	4	1	5
	Summa	13	5	18	7	6	2	2	—	—	—	—	1	—	10	8	18	23	13	36
61—65	Geheilt . .	2	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	1	3
	Gebessert .	2	—	2	—	1	—	—	—		—	—	—	—	—	1	1	2	1	3
	Gestorben .	3	6	9	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	4	6	10
	Ungeheilt .	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
	Summa	7	7	14	—	2	—	—	—		1	—	—	—	1	2	3	8	9	17
66—70	Geheilt . .	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1
	Gebessert .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Gestorben .	1	2	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	2	2	4
	Ungeheilt .	1	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
	Summa	3	3	6	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	4	3	7
71—80	Geheilt . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Gebessert .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Gestorben .	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
	Ungeheilt .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Summa	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
		14 Per.	9 Per.	23 Per.																
Summa	Geheilt	206	165	371	43	40	8	12	5	4	2	3	1	1	59	60	119	265	225	490
	Gebessert	70	37	107	7	10	3	—	1	—	—	—	—	—	11	10	21	81	47	128
	Gestorben	109	76	185	13	14	1	3	1	—	1	—	—	—	16	17	33	125	93	218
	Ungeheilt	140	105	245	26	17	2	2	—	—	—	—	1	—	29	19	48	169	124	293
	Summa	525	383	908	89	81	14	17	7	4	3	3	2	1	115	106	221	640	489	1,129
Durchschnittliches Alter der 1. Erkrankung.		29,23	30,12	29,71																

Tab. 33.

Nichterbliche.

Jahr.		1. Anfall.			1. Rückfall.		2. Rückfall.		3. Rückfall.		4. Rückfall.		Summa der Rückfälle.			Summa der 1. An- u. Rückfälle.		
		M.	Fr.	S.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
0—14	Geheilt . .	1 Per. 4	1 Per. 4	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	4	8
	Gebessert .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Gestorben .	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
	Ungeheilt .	4	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	5
	Summa	10	5	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	10	5	15
15—20	Geheilt . .	3 Per. 40	2 Per. 35	75	2	2	—	—	—	—	—	—	2	2	4	42	37	79
	Gebessert .	7	1	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	1	8
	Gestorben .	11	18	29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11	18	29
	Ungeheilt .	31	9	40	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	32	9	41
	Summa	89	63	152	3	2	—	—	—	—	—	—	3	2	5	92	65	157
21—25	Geheilt . .	2 Per. 46	1 Per. 39	85	—	5	—	—	—	—	—	—	—	5	5	46	44	90
	Gebessert .	22	4	26	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	23	4	27
	Gestorben .	26	23	49	2	2	—	—	—	—	—	—	2	2	4	28	25	53
	Ungeheilt .	48	22	70	1	8	—	—	—	—	—	—	1	8	4	49	25	74
	Summa	142	88	230	4	10	—	—	—	—	—		4	10	14	146	98	244
26—30	Geheilt . .	1 Per. 33	26	59	5	2	—	—	—	—	—	—	5	2	7	38	28	66
	Gebessert .	18	7	25	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	19	7	26
	Gestorben .	24	18	42	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24	18	42

Fortsetzung der Tab. 33. (Nichterbliche.)

Jahr.		1. Anfall.			1. Rück-fall.		2. Rück-fall.		3. Rück-fall.		4. Rück-fall		Summa der Rückfälle.			Summa der 1. An- u. Rückfälle.		
		M.	Fr.	S.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
26—30	Ungeheilt .	43	23	66	2	4	—	—	—	—	—	—	2	4	6	45	27	72
	Summa	118	74	192	8	6	—	—	—	—	—	—	8	6	14	126	80	206
		1 Per.	1 Per.															
31—35	Geheilt . .	39	26	65	11	2	1	—	—	—	—	—	12	2	14	51	28	79
	Gebessert .	15	10	25	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	2	15	12	27
	Gestorben .	26	18	44	—	5	—	—	—	—	—	—	—	5	5	26	23	49
	Ungeheilt .	27	17	44	3	—	—	—	—	—	—	—	3	—	3	30	17	47
	Summa	107	71	178	14	9	1	—	—	—	—	—	15	9	24	122	80	202
		2 Per.	1 Per.															
36—40	Geheilt . .	28	15	43	6	6	3	2	1	—	—	—	10	8	18	38	28	61
	Gebessert .	7	10	17	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	2	8	11	19
	Gestorben .	30	31	61	2	1	—	—	—	—	—	—	2	1	3	32	32	64
	Ungeheilt .	23	20	43	2	1	—	—	—	—	—	—	2	1	3	25	21	46
	Summa	88	76	164	11	9	3	2	1	—	—	—	15	11	26	108	87	190
		1 Per.	1 Per.															
41—45	Geheilt . .	17	16	33	3	5	—	1	1	—	—	—	4	6	10	21	22	43
	Gebessert .	6	11	17	3	1	—	—	—	—	—	—	3	1	4	9	12	21
	Gestorben .	21	17	38	1	3	—	—	—	—	—	—	1	3	4	22	20	42
	Ungeheilt .	10	10	20	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	2	10	12	22
	Summa	54	54	108	7	10	—	2	1	—	—	—	8	12	20	62	66	128
46—50	Geheilt . .	18	20	38	3	1	—	1	—	—	—	—	3	2	5	21	22	43
	Gebessert .	3	7	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	7	10
	Gestorben .	15	14	29	4	4	—	—	—	—	—	—	4	4	8	19	18	37
	Ungeheilt .	10	10	20	1	1	1	—	—	—	—	—	2	1	8	12	11	23
	Summa	46	51	97	8	6	1	1	—	—	—	—	9	7	16	55	58	118
51—55	Geheilt . .	9	8	12	7	3	1	1	—	1	—	—	8	5	18	17	8	25

	Gebessert .	1	—	1	2	—	1	—	—	—	—	—	3	—	3	4	—	4
	Gestorben .	15	17	32	2	1	—	—	—	—	—	—	2	1	3	17	18	35
	Ungeheilt .	4	9	13	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	2	5	10	15
	Summa	29	29	58	12	5	2	1	—	1	—	—	14	7	21	43	36	79
56—60	Geheilt . .	7	4	11	1	1	1	—	—	1	—	—	2	2	4	9	6	15
	Gebessert .	3	4	7	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2	2	3	6	9
	Gestorben .	15	12	27	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	16	12	28
	Ungeheilt .	2	2	4	1	—	1	—	—	—	—	—	2	—	2	4	2	6
	Summa	27	22	49	3	3	2	—	—	1	—	—	5	4	9	32	26	58
61—65	Geheilt . .	2	3	5	1	3	1	—	—	—	—	—	2	3	5	4	6	10
	Gebessert .	—	2	2	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	2	1	3	4
	Gestorben .	8	8	16	—	1	—	—	—	—	—	1	—	2	2	8	10	18
	Ungeheilt .	3	1	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	3	2	5
	Summa	13	14	27	2	6	1	—	—	—	—	1	3	7	10	16	21	37
66—70	Geheilt . .	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1
	Gebessert .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Gestorben .	2	4	6	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	3	4	7
	Ungeheilt .	3	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	4
	Summa	5	5	10	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	2	6	6	12
71—80	Geheilt . .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1
	Gebessert .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Gestorben .	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2
	Ungeheilt .	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Summa	2	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	1	2	1	3
		11 Per.	7 Per.	18 Per.														
Summa	Geheilt	243	191	434	39	31	7	6	2	2	—	—	48	39	87	291	230	521
	Gebessert	82	56	138	9	7	1	—	—	—	—	—	10	7	17	92	63	155
	Gestorben	197	180	377	13	17	—	—	—	—	—	1	13	18	31	210	198	408
	Ungeheilt	208	125	333	23	19	2	1	—	—	—	—	25	20	45	233	145	378
	Summa	730	552	1,282	84	74	10	7	2	2	—	1	96	84	180	826	636	1,462
Durchschnitts-Alter der 1. Erkrankung.	Summa	32,47	34,46	33,32														

Diese Tabelle 31. enthält also sämmtliche Anfälle, die 1sten und wiederholten getrennt, so weit darüber nach den Acten und für die letzten Jahre aus eigenen Untersuchungen Aufschluss erhalten werden konnte. Die mit unklaren und mangelnden Daten sind nach dem besprochenen Princip fortgelassen. Die Periodischen sind nur beim ersten Anfall als Geheilte, beim 2ten als Ungeheilte in Anrechnung gebracht und dies bei späteren Berechnungen berücksichtigt. Als Periodische gelten alle mit einer grossen Anfallsreihe durch eine grosse Reihe von Jahren hindurch. Der Uebergang derselben zu denen mit 4 bis 5 Rückfällen ist daher ein gradueller; als Rückfälle sind natürlich nur solche nach vorhergegangener Genesung genommen. Es ist dann ferner die dieser Tabelle zu Grunde liegende Grundauffassung in sofern eine ideelle, als mehr auf die Bedeutung der Erkrankung für den ganzen Lebenslauf des Betreffenden, als auf die scrupulöse Darstellung jedes einzelnen Anfalls gesehen wurde. Dem entsprechend sind z. B. 2 Anfälle, die nur einige Monate auseinander fielen, nur für einen gerechnet; wenn der Zwischenraum 1—2 Jahre betrug, in dem Falle für einen, wenn sie auf dieselbe Altersperiode fielen. Es sind ferner nach demselben Principe z. B. die nach den Anstaltsacten als gebessert Entlassenen, wenn nach einigen Jahren bei der Wiederaufnahme nach erneuerter Erkrankung, sich die vorhergegangene Genesung herausgestellt hatte, als Geheilte aufgeführt. Ein in den letzten Jahren Gestorbener ist z. B. als geheilt aufgeführt, da die Genesung vorhergegangen war. Hieraus, sowie aus dem bezüglich der Periodischen Angeführten ergiebt sich, dass die Todesfälle dieser Tabelle nicht genau sind, um so genauer, so weit dies überhaupt bei den Verhältnissen möglich, die Genesungen. Das Uebrige ergiebt sich aus der Tabelle selbst.

Wir haben diese Tabelle 31., auf die wir öfter zurückkommen werden, in Folgendem bezeichnet mit: Allgemeine Tabelle des Lebensalters.

Es mag sogleich bemerkt werden, dass die Tabellen 32. und 33., dieselben Verhältnisse bei Erblichen und Nichterblichen darstellend, nach denselben Principien bearbeitet sind.

Tab. 34.

Frequenz der 1. Anfälle auf den einzelnen Altersstufen.

	Summa.		Männer.		Frauen.	
0—14	2		2, 1		1, 8	
15—20	14, 2		14		14, 4	
21—25	19, 1	34,7	20, 3	66,8	17, 2	60,9
26—30	15, 6		16		15	
31—35	13, 3	24,6	13, 9		12, 5	
36—40	11, 3		11		11, 8	
41—45	7, 9	14,7	6, 9		9, 2	
46—50	6, 8		6, 1		7, 6	
51—55	3, 8	6,9	3, 3	33	4, 5	39,1
56—60	3, 1		3, 2		2, 9	
61—65	1, 9	2,6	1, 6		2, 3	
66—70	0,73		0,64		0,85	
über 70	0,18		0,32		—	

Die Procent-Sätze der ersten Anfälle nach Tabelle 31. zeigend, enthält Tabelle 34. also die Prädisposition der Lebensalter und zeigt von allem bisher Beigebrachten den bedeutenden Unterschied der Bevorzugung der jüngeren Lebensstufen; vor Allem tritt das Ueberwiegen des Alters von 20—30 Jahren hier sehr bedeutend hervor. Es ist nahe $1\frac{1}{2}\times$ (genau $1^{4}/_{10}\times$) so stark, als die Stufe von 30—40, während bei obigen Fällen der 3ten Kategorie das stärkste Ueberwiegen in Halle, wo auch Epileptische, Idioten etc. dabei sind, 30,2 : 24,5 (bei uns 34,7 : 24,6) betrug. Die Stufe von 41—50 fällt dann noch mehr ab, so bedeutend, dass vor ihr das Alter vor 20 Jahren kommt, das grösstentheils nur von der Stufe von 15—20 Jahren gebildet wird. Nach Jahrfünften ist am stärksten vertreten das von 21—25, es ragt zugleich stark vor den nächst stärksten Stufen hervor. es folgt dann ein gleichmässiger, nicht unterbrochener Abfall nach abwärts. Die Altersstufe von 15—20 steht jedoch in 3. Reihe, folgt nach 26—30. Das Verhältniss der Geschlechter zu einander betreffend, überwiegen bis zum 35. Jahr stets die Männer, mit Ausnahme der Altersperiode von 15—20, wo die Frauen etwas überwiegen. Nach dem 36. Jahr überwiegen stets die Frauen mit Ausnahme

der Stufe von 56—60, hier wahrscheinlich durch Ueberschreibung aus einer anderen Altersstufe hervorgebracht. Es spricht dies also gegen die Fälle obiger II. Geschlechtskategorie, *Martini's* Angaben, die des Wiener Berichts, *Dagonet's* und zeigt Aehnlichkeit mit denen aller übrigen. Bei den Wiener Berichten ist an die frühere Bemerkung zu erinnern, dass in grossen Städten das weibliche Geschlecht in den mittleren Jahren (vielleicht auch 20—30 (?)) Jahren sehr überwiegt; ob auch die nachtheiligen Einflüsse einer grossen Stadt auf junge Frauenzimmer in Betracht kommen oder in Betreff des Verhältnisses zu den Männern vielleicht ein starker Zuzug nicht ganz junger Männer, die zum Thei vielleicht schon früher erkrankt waren, oder ähnlich wie für Schlesien künstliche Verhältnisse, hier durch eine strenge Auswahl der Aufgenommenen, ist eine reine Vermuthung. Vor Allem ist jedoch der Mangel des Aufschlusses zu betonen, der dem Alter der Aufnahme überhaupt innewohnt. Jene Verschiedenheiten der Geschlechter werden durch die normale Vertheilung der Geschlechter der gesunden Bevölkerung auf die einzelnen Altersstufen gesteigert. Nach unserer Tabelle 36., welche die Altersverhältnisse für Westfalen darbietet, verhielten sich die über 14jährigen Männer : Frauen bis zum 30. Jahr = 100 : 99,0, nach dem 30. Jahre = 100 : 94,2.

Gegen die letzte Tabelle, des Lebensalters der ersten Anfälle, lässt sich nur sagen, dass wahrscheinlich die Prädisposition für das geistige Erkranken noch etwas früher falle, als es nach ihr scheint, indem namentlich für die frühere Zeit, wo nicht, wie seit einer Reihe von Jahren sorgfältige anamnestische Daten bei der Aufnahme erhoben wurden, die Anfänge des Leidens verkannt und bereits voraufgegangene Anfälle nicht registrirt wurden. Es bleibt für die Zukunft nur übrig, durch gesichteteres Material diese Mängel aufzudecken und zu verbessern.

Wir haben in Folgendem eine Reihe von Angaben zusammengestellt. Die 1ste Abtheilung betrifft das Alter der erstmaligen Erkrankung. Bei *Stewart* wird dies ausdrücklich erklärt, bei *Thurnam* heisst die Ueberschrift: „Alter beim Ursprung des Uebels." Man sollte daraus auf das Alter des Anfalls schliessen, der zur Aufnahme gelangte, und zwar, wie aus der Zahl hervorgeht, nur der 1. Aufnahme. Im Text ist jedoch vom 1. Anfall die Rede, so dass die Tabelle wahrscheinlich hierher gehört. Es ergiebt sich beim Vergleich der Tabelle von *Stewart* mit der von Marsberg, dass bei ersterer die früheren Altersstufen etwas mehr zurückstehen, die späteren etwas mehr hervortreten. Auffallend ist nur die stärkere Betheiligung bei *Stewart* auf der Stufe von 40

bis 50 Jahren. Bei *Thurnam* ist der bezeichnete Gegensatz noch stärker ausgesprochen. Jene Anschwellung von 41—50 Jahren hat er nicht. Die genannten Verschiedenheiten lassen sehr wohl, woran man zunächst denkt, die Deutung zu, dass bei *Stewart* die älteren Altersstufen in der Bevölkerung überhaupt, und bei *Thurnam* in noch höherem Grade vertreten seien. Im Uebrigen ist die Uebereinstimmung offenbar eine sehr bedeutende. Was das Geschlechtsverhältniss bei diesen drei Autoren betrifft, so erleidet die Regel, dass die Männer auf den früheren, die Frauen auf den späteren Altersstufen überwiegen, keine Ausnahme. Die genaue Scheidegränze lässt sich bei der Zusammenstellung der Jahre von 30—40 Jahren nicht übersehen. Aus der drittletzten und vorletzten Zeile bei zwei Autoren ergiebt sich, dass für den Zeitraum von 31—35 Jahren die Männer noch überwiegen. Der Grad des Uebergewichts des einen und anderen Geschlechts wechselt nicht unbedeutend. Am übersichtlichsten ergiebt sich dieser Gegensatz aus der letzten Zeile. Er ist am geringsten für Marsberg, beträgt hier 4 pCt., am stärksten für *Stewart*, beträgt hier 15 pCt. Es hängt damit zusammen, dass, wenn man die Männer allein vergleicht, die Uebereinstimmung eine viel grössere ist. Wenn man bei Marsberg und *Stewart* die Altersstufe von 31—50 Jahren zusammenfasst, indem die stattfindenden Unterschiede der einzelnen Decennien dadurch compensirt werden, so ist die Uebereinstimmung bei den Männern eine ausserordentliche, *Thurnam* weicht etwas mehr ab, hauptsächlich durch die starke Vertretung der höheren Altersstufen veranlasst. Es wird daher die in der Summa hervortretende Verschiedenheit durch das abweichende Verhalten der Frauen zum grösseren Theil hervorgebracht.

Jahr.	1. Alter der 1. Erkrankung									2. Alter der Erkrankung Aufnahm			
	Marsberg I. 1. Erkrankung. Zahl 2,190.			*Stewart* (Journ. of ment. sc. 1865. S. 160). Zahl 657.			*Thurnam* I. Retreat (*Julius* l. c.). Zahl 465.			Marsberg II. (nach Tab. 44) Zahl 2,317. Aufnahmen 1836/64.			*Damerow*, Ztschft. XII. S. 454. Zahl 1,110 Aufnahmen v. 1844/53.
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	S.
0—14	2,1	1, 8	2,0	2,0*)	1,4	1,7	2,3	1,6	1,9	1,2	0,9	1,1	11,4**)
15—20	14,0	14, 4	14,2	14,5	7,6	11,6	13,6	9,0	11,2	12,0	10,3	11,3	13,4
21—30	36,3	32, 2	34,7	37,0	29,2	33,5	33,6	33,5	33,5	33,3	29,7	31,8	29,3
31—40	24,9	24, 3	24,6	20,7	27,0	23,5	19,5	21,2	20,4	26,9	25,2	26,3	24,5
41—50	13,0	16, 8	14,7	16,8	23,8	19,9	15,5	15,5	15,5	14,8	19,9	17,3	15,2
51—60	6,5	7, 4	6,9	5,6	7,1	6,3	8,6	12,7	10,8	9,2	10,1	9,5	4,4
61—70	2,2	3,15	2,6	2,8	3,2	3,0	5,9	5,3	5,6	2,5	3,8	3,1	0,9
über 70	0,3	—	0,2	0,6	0,3	0,5	0,9	1,2	1,1	0,2	—	0,1	0,1
31—35	13,9	12, 5	13,3	12,0	11,4	—	—	—	—	14,1	11,4	13,0	—
36—40	11	11, 8	11,3	8,4	15,6	—	—	—	—	12,8	13,8	13,3	—
0—30	52,4	48, 4	50,9	53,5	38,2	46,8	49,5	44,1	46,6	46,5	40,9	44,2	54,0

4. Vertheilung der Bevölkerung auf die einzelnen Altersstufen in den Preussischen Provinzen. (*Engel*, stat. Ztschft. 1863. S. 40.)

Altersklassen.	Westfalen. S.	Sachsen. S.	Preussen. S.
14—19 J.	10, 2	9,5	9,95
20—30	17, 7	16,5	17, 1
31—40	12, 8	13,4	13, 8
41—50	10, 0	10,6	10, 6
51—60	7,85	7,8	5, 4
61—70	4, 7	4,8	3, 8
über 70	1, 9	1,9	1, 5

5. Noch zu erwartende Lebensjahre der Männer, welche bereits die oben bezeichnete Altersstufe erreicht haben. (ibid. 1862. S. 61.)

Zurückgelegte Lebensjahre.	Westfalen.	Sachsen.	Preussen.
0	30,30	28,48	23,38
14	39,36	40,67	36,75
20	35,52	36,42	32,83
30	29,76	30,04	27,40
40	23,26	23,19	21,74
50	17,20	16,96	16,56
60	11,79	11,47	11,74
70	7,61	7,21	8,46

*) = 5—15 J. od. 10—15. **) = 0—10.

… Anfalls der zur … ngte.		3. Alter der Erkrankung der zu einer bestimmten Zeit vorhandenen Geisteskranken.								
Zahl 181 Aufnahmen von 1855/58.	*Thurnam* II. Ztschft. III. S. 716. Zahl 5,122.	Belgische Irrenanstalten. Alter beim Ausbruch der Geistesstörung. Statistique des al. etc. p. *Lentz*. Minist. de la Justice. Zahl 3,113.			Belgische Irrenzählung 1858. Zahl 624.			*Löwenhardt*, Alter der Erkrankung der Kranken in Sachsenberg Ende 1865. (Ztschft. XXIII. Suppl.-Hft. S. 51.) Zahl 212.		
S.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
…,2**)	1,25**)	2,5*)	2,3	2,4	7,5	4,5	6,2	1,7*)	1,0	1,4
…,6	4,33	4,4	8,4	8,9	6,4	6,4	6,4	7,8	8,1	5,7
…,1	32,04	25,9	17,5	21,4	35,8	28,9	32,9	39,1	26,8	33,5
…,5	24,97	30,8	24,4	27,4	21,8	21,4	21,6	30,4	29,9	30,2
…,8	17, 1	19,7	24,3	22,2	14,0	21,1	17,0	11,3	23,7	17,0
…,7	8,24	10,9	17,0	14,1	9,2	10,2	9,6	4,3	11,3	7,5
–	3,79	5,8	—	—	—	—	—	3,5	2,1	2,8
–	0,99		11,0	8,6	5,3	7,5	6,2	1,7	2,0	1,9
–	—	—	—	—	—	—	—	18,3	17,5	—
–	—	—	—	—	—	—	—	12,2	12,4	—
…,9	37,62	32,8	23,2	27,7	49,7	39,8	45,5	48,6	30,9	40,6

Die 2te Abtheilung enthält das Alter der Erkrankung derjenigen Anfälle, welche zur Aufnahme in Anstalten gelangten. Es mag hier auf einen störenden Umstand bei der Berechnung hingewiesen werden. Es beträgt nämlich die S. bei *Thurnam* II. nur 93 Procent — es findet sich nämlich dort nur die Berechnung —, die 7 Procent müssen also den unbekannten Fällen zufallen. Bei Vergleichung mit den anderen Angaben muss man sich daher sämmtliche Positionen bei *Thurnam* II. um so viel erhöht denken. Bei dieser Tabelle, welche aus einer Reihe verschiedener Anstalten gesammelt ist, ergiebt sich dann, mit Ausnahme der Altersstufe von 10—20 Jahren, eine ziemlich grosse Uebereinstimmung mit Marsberg. Bei *Damerow* und *Hoffmann* tritt der ungemein hohe Procent-Satz für die jüngsten Altersstufen hervor. Es fällt dies für 0 — 15 Jahre offenbar, wahrscheinlich auch zum geringen Theil für die folgende Altersstufe, auf die dort nicht ausgeschiedenen Idioten und Epileptischen. Als weiterer Unterschied ergiebt sich, dass für Sachsen die höheren Altersstufen vom 51. Jahr an gegen Marsberg zurückstehen, noch mehr bei *Hoffmann*; auf-

fallend ist ferner bei Letzterem die hohe Zahl für 21—30 Jahre. Man dürfte zunächst daran denken, ob der Grund für diese Verschiedenheiten in der verschiedenen Vertheilung der Bevölkerung auf die einzelnen Altersstufen in den drei einzelnen Preussischen Provinzen gesucht werden könne. Aus diesem Grunde ist in der 4. Abtheilung der Tabelle nach *Engel*'s statistischer Zeitschrift 1863, S. 40, dieselbe nach der Volkszählung von 1861, soweit jene Angaben es zuliessen, dargestellt worden. Beim Vergleiche nun der betreffenden Data der Geisteskranken von *Damerow* und *Hoffmann* mit denen von Marsberg vom 21. Jahre an, müssen, um die durch jene Unregelmässigkeit auf der 1., im geringen Grade der 2. Altersstufe veranlasste Beeinträchtigung der späteren Altersstufen auszugleichen, die Data der ersteren um 10 Procent erhöht werden. Es ergiebt sich dann für Halle vom 21. bis 50. Jahre eine ziemliche Uebereinstimmung, nach dieser Altersstufe jedoch treten factisch die Geisteskranken für Sachsen zurück. Für die Data von *Hoffmann* ergiebt sich, dass das bedeutende Hervorspringen auf der Stufe von 21—30 Jahren durch die Bevölkerungsverhältnisse ebenso wenig erklärt wird, wie das ausserordentliche Zurückstehen vom 41sten Jahre ab, dem viel geringeren Zurückstehen der betreffenden Altersstufen in der Bevölkerung nicht entspricht. Man könnte nun daran denken, die Data der betreffenden Anstalten, zum Theil sehr weit zurückliegenden Zeiträumen entsprechend, könnten jener neueren Bevölkerungsangabe nicht vollkommen verglichen werden. Es sind daher in der 5. Abtheilung der Tabelle die Data über die mittlere Lebenserwartung, welche ebenfalls über die Vertretung weiter rückwärts liegender Altersklassen theilweise Auskunft giebt, je nachdem einzelne Altersjahre überschritten sind, von *Engel* nach den Todesfällen von 1816—60 bearbeitet, für die Männer dargestellt. Es ergiebt sich nun beim Vergleich allerdings für die Neugeborenen eine solche Reihenfolge in der durchschnittlichen Lebensdauer der einzelnen Provinzen, wie sie der Vertretung der älteren Altersstufen bei den Geisteskranken entspricht. Jedoch schon der Vergleich derer, welche das 14. Jahr überschritten haben, lehrt, dass jene Reihenfolge hauptsächlich durch die unter-14jährige Bevölkerung bedingt war, Sachsen erhebt sich selbst über Westfalen und tritt nur auf den höheren Altersstufen etwas zurück, Preussen steigt allmählig, um sich auf der letzten Altersstufe sogar über Westfalen zu erheben. Im Principe ähnliche Resultate ergeben sich bei *Engel* l. c. für das weibliche Geschlecht. Wenn man nun auch bezüglich der Angaben für Geisteskranke bei Preussen (*Hoffmann*) in

etwa die kleine Zahl berücksichtigen muss, so dürfte sich doch mit Bestimmtheit ergeben, dass sich nach jenen Daten Verschiedenheiten der geistigen Erkrankung auf den einzelnen Altersstufen in verschiedenen Bevölkerungen ergeben, welche sich aus den Bevölkerungsverhältnissen allein nicht erklären lassen. Es kann dies nach den Verschiedenheiten von Geisteskrankheit erzeugenden Einflüssen in verschiedenen Bevölkerungen, welche das Studium der Erblichkeit an die Hand gab, nicht auffallen. — Wir gehen an die Beleuchtung der 3. Abtheilung der vorstehenden Tabelle. Es muss vorher auf einige störende Umstände hingewiesen werden, bei dieser Methode der Bestimmung des Alters der Erkrankung der zu einer bestimmten Zeit vorhandenen Geisteskranken, welche den Vergleich mit dem nach den Aufnahmen bestimmten Erkrankungsalter erschweren. Zunächst ist hierher zu zählen die verschiedene Genesungsfähigkeit der verschiedenen Altersstufen. Da die jüngeren mehr genesen, so müssen sie bei der Bestimmung nach dem Bestande weniger vertreten sein. Da ferner die mittlere Lebensdauer der jüngeren Ungeheilten eine bedeutend grössere ist, als die der älteren, so müssen sich die ersteren anhäufen, dies wird also dem ersteren Umstand entgegen wirken. Ein dritter Umstand wirkt diesem zweiten in etwa entgegen. Mit der längeren Dauer der Krankheit wird ein Theil der Kranken um so mehr aus den Anstalten entlassen, ein anderer Theil aus den Familien den Anstalten übergeben. Dies verkürzt also wiederum die Jüngeren. Man sieht daher, dass man die Anforderungen an Uebereinstimmung mit den Daten der Abtheilung 2. nicht zu weit treiben darf. Die 1. Angabe, die Kranken in den Belgischen Irrenanstalten 1858 betreffend, zeigt allerdings eine bedeutendere Abweichung, sogar im Princip, indem die Altersstufe von 31—40 Jahren das Maximum zeigt. Hierüber ist jedoch Folgendes zu bemerken. Es ist im 7. Bericht der Comm. perm. d'inspection 1860 S. 58 von der noch jetzt mangelhaften Beschaffenheit der Fragebögen die Rede. „Die grösste Zahl der Aerzte beschränkt sich darauf, zu sagen, dass Geistesstörung vorhanden ist, und dass die öffentliche Sicherheit die Sequestration erheischt." Wenn nun zu einer bestimmten Zeit, auf höheren Befehl, bei offenbar vielfach mangelndem sachlichen Interesse, das Alter der Erkrankung dieser in den Antecedentien grösstentheils unbekannten Fälle bestimmt werden soll, so muss das Resultat werthlos sein. Bei der 2. Tabelle aus Belgien, bei den Geisteskranken in den Familien, ist wenigstens die Möglichkeit vorhanden, zu richtigen Nachrichten zu gelangen. Es zeigt sich dann eine nicht unbedeutende Uebereinstimmung mit den

Marsberger Daten, welche noch grösser wird, wenn man die beiden frühesten Altersstufen zusammenfasst. Von den geringen dann noch bleibenden Abweichungen würde man in Betreff der grösseren Procent-Sätze für die über-60jährigen in Belgien geneigt sein, daran zu denken, dass Geisteskranke dieses Alters weniger leicht in Anstalten gebracht werden. Freilich zeigen die Belgischen Anstalten einen noch höheren Satz. In Betreff dieser grossen Uebereinstimmung zwischen Belgien und Westfalen ist daran zu erinnern, dass sich ebenso eine grosse Uebereinstimmung zeigt zwischen der nach *Quetelet's* Mortalitätstafel für Belgien 1856 ermittelten mittleren Lebensdauer der einzelnen Altersstufen und derjenigen von Westfalen nach dem zuletzt genannten Aufsatz von *Engel.* — In Betreff der Angaben von *Löwenhardt* könnte man das Zurückstehen der früheren Altersstufen, das Ueberwiegen mancher späteren aus dem oben Entwickelten erklären. In Wirklichkeit ist die Abweichung noch grösser, als sie nach der Tabelle zu sein scheint. Es fällt nämlich, nach Jahrfünften berechnet, das Maximum auf die Altersstufen von 26—30 und 31—35, welche gleich sind*). Es ist dies um so auffallender, als die Altersstabelle des Bestandes der Geisteskranken (ibid. S. 45) das Maximum auf der Stufe von 21—25 Jahren zeigt, welche sonst später fällt, und liegt in diesem Gegensatze ein Beweis für das oben Ausgeführte. Der Gegensatz der Geschlechter ist für Mecklenburg, wie auch die letzte Zeile zeigt, viel stärker, als für Marsberg.

Aus den Entwickelungen ergiebt sich der hohe Grad von Uebereinstimmung, welcher in den nach demselben Gesichtspunkte angefertigten Tabellen des Alters der Erkrankung liegt. Das ausserordentliche Schwanken, welches die Tabelle des Alters der Aufnahme darbot, zeigt sich hier nicht mehr. Es liegt nach diesen Resultaten in der erreichten Altersstufe bezüglich Eintritts der Geistesstörung etwas ausserordentlich Gesetzmässiges, welches grösstentheils durch die verschiedenen Verhältnisse der Bevölkerungen nicht getrübt wird. Ein geringer Theil dieser Gesetze der Erkrankung nach den Altersstufen zeigt allerdings einige Abweichungen bei verschiedenen Bevölkerungen, namentlich in Betreff der Geschlechtsverhältnisse.

Nachträglich mögen noch die Data von *Landenberger* (Bericht 1866) von Göppingen beigebracht werden. Es ist die Feststellung

*) Etwas Aehnliches zeigt übrigens auch die Angabe von *Stewart* in der 1. Abtheilung der Tabelle, nämlich das Maximum auf der Stufe von 26—30, nicht von 21—25 Jahren.

der Anfälle erfolgt, welche zur Aufnahme gelangten, also nach dem Principe der Abtheilung 2.:

Alter der Erkrankung des Anfalls der Aufnahme.
Göppingen (*Landenberger*, Bericht 1866).

	Männer.	Frauen.	Summa.
1—15	1,7	0,2	1,1
16—20	3,4	8,8	5,6
21—30	31,0	31,3	31,1
31—40	30,9	28,8	29,9
41—50	24,7	18,3	21,9
51—60	6,6	8,9	7,6
61—70	1,2	3,6	2,2
über 70	0,5	0,2	0,4

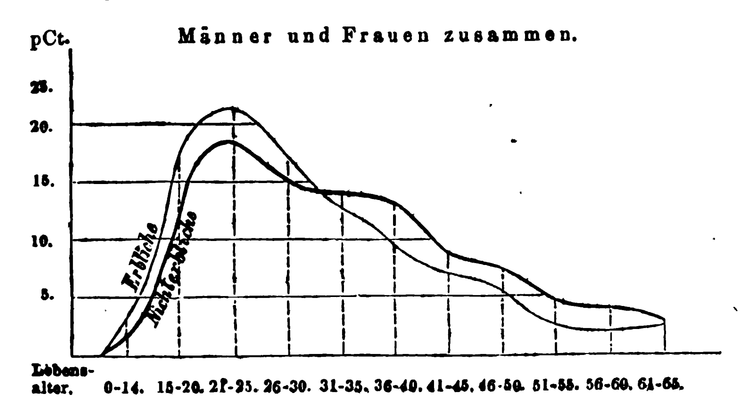
Es ergiebt sich dann eine mehrfache Abweichung von den anderen dort beigebrachten Daten. Die Summe nähert sich ziemlich den Angaben aus der 3. Abtheilung von *Löwenhardt* durch die Bevorzugung der höheren Altersstufen. Die Geschlechtsverhältnisse weichen grösstentheils von allen anderen beigebrachten Daten ab. Es wird diesen Abweichungen kein zu grosses Gewicht beigelegt werden dürfen. Es sind nämlich die Epileptischen nicht, wahrscheinlich auch nicht alle Idioten ausgeschieden. Ferner, und dies dürfte die Hauptsache sein, sind die Aufnahme-Verhältnisse so eigenthümlicher Art, dass sie viel weniger als gewöhnlich, als Ausdruck der Erkrankungsverhältnisse betrachtet werden dürfen. Die Anstalt ist nämlich zum Theil Staatspflegeanstalt und nimmt als solche von den anderen Anstalten als unheilbar Ueberwiesene auf. Dies trifft besonders Paralytiker, so dass aus diesem Grunde schon ganz besonders die Altersklassen der Männer auf der Stufe von 31—50 Jahren gegen die Frauen ausgefüllt sein müssen. Es hängt hiermit auch der geringe Procent-Satz frischer Fälle bei den Aufnahmen zusammen. Es betrug nämlich (ibid.) der Procent-Satz der bis 6monatlichen Fälle an der Gesammtzahl der Aufnahmen 21,4 der bis 1jährigen 33,9 Procent, während die betreffenden Data für Marsberg von 1861—64 42,8 und 60,1 betrugen.

Tab. 35.

Procent-Verhältnisse der 1. Anfälle der Erblichen und Nichterblichen auf den einzelnen Altersstufen.

Jahre.	1. *Erbliche. M.	1. Fr.	2. Nichterbliche. M.	2. Fr.	3. Erbliche. S.	3. (Σ)	4. Nichterbliche. S.	4. (Σ)	5. Verhältniss der Erblichen z. d. Nichterblichen.	Jahre.	6. Erbliche. M.	6. Fr.	7. Nichterbliche. M.	7. Fr.
0—14	3,44	3,13	1,37	0,77	3,3		1,2		0,364	0—14	3,44	3,13	1,37	0,77
15—20	16,57	18,87	12,19	11,41	17,5		11,8		0,674	15—25	38,82	37,74	31,64	27,37
21—25	22,25	18,87	19,45	15,96	20,8	58,0	18	46,0	0,864	26—35	28,75	29,24	30,81	26,31
26—30	15,80	17,23	16,16	13,45	16,4		15		0,914	36—50	21,68	22,70	25,74	32,77
31—35	12,95	12,01	14,65	12,86	12,5		14		1,120	51—60	4,94	4,69	7,65	9,05
36—40	9,50	8,87	12,05	13,76	9,2		12,8		1,391	über 60	2,27	2,60	2,72	3,30
41—45	6,28	8,61	7,39	9,76	7,2		8,5		1,180					
46—50	5,90	5,22	6,30	9,25	5,6	41,7	7,6	54,2	1,357	0—35	71,01	70,11	63,82	54,45
51—55	2,47	3,39	3,97	5,07	2,8		4,5		1,607	36—0	28,89	29,99	36,11	45,12
56—60	2,47	1,30	3,68	3,98	2		3,8		1,900					
61—65	1,33	1,82	1,77	2,53	2,4		3		1,250					
66—70	0,56	0,78	0,68	0,77										
über 70	0,38		0,27											

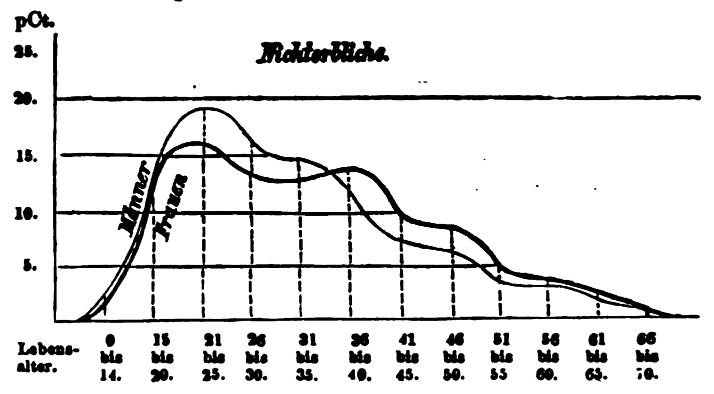
Ein Blick auf die Tab. 35., welche nach Tab. 32. und 33. angefertigt ist, lässt mehrere Unterschiede prägnant hervortreten. Colonne 3 und 4, die Erblichen und Nichterblichen ohne Unterschied des Geschlechts darstellend, ergiebt einen auffallenden und beständigen Unterschied der Art, dass alle Altersstufen bis zum 30. Jahre ein Ueberwiegen der Erblichen über die Nichterblichen und zwar die bis zum 20. Jahr ein bedeutendes zeigen, während die Altersstufen über 31 Jahr ebenso regelmässig ein Ueberwiegen der Nichterblichen und zwar die von 51 – 60 Jahren ein sehr bedeutendes zeigen. Das allmählige Heranwachsen der Zahl der Nichterblichen zu den Erblichen auf den einzelnen Altersstufen in fast regelmässiger Weise ergiebt sich aus der Colonne 5, welche den Quotienten aus den Nichterblichen und Erblichen (letztere = 1) der betreffenden Altersstufe angibt. Es stimmen die Erblichen und Nichterblichen bezüglich des Verlaufs auf den einzelnen Altersstufen darin überein, dass das Maximum beiderseits von 21—25 Jahren liegt, es ist jedoch bei den Erblichen grösser. Das Heransteigen zu diesem Maximum erfolgt bei den Erblichen sofort von grosser Höhe aus, so dass die vorherliegenden Altersstufen die Nichterblichen noch mehr überragen, das Steigen von dieser Höhe herab geschieht eben so schnell, bei den Nichterblichen langsamer, so dass schon die zweitfolgende Altersstufe unter das Niveau der Nichterblichen kommt. Beistehende Curve enthält das Verhältniss veranschaulicht, welche wie alle folgenden Curven nach den betreffenden Tabellen der Art gearbeitet sind, dass die Procente als Ordinaten zu den Lebensaltern als Abscissen gezeichnet wurden.



Der Gegensatz zwischen Erblichen und Nichterblichen ergiebt

sich ferner daraus, dass die Erblichen bis zu 30 Jahren 58 Procent, die Nichterblichen 46 Procent, die Erblichen über 31 Jahr 41,7 Procent, die Nichterblichen 54,2 Procent ihres Gesammtantheils stellen.

Das Alter von 15—20 Jahren (6 Jahre) steht bei den Erblichen in 2., bei den Nichterblichen in 5. Reihe. Das Alter bis 14 Jahren kommt bei den Erblichen vor 51—55 Jahre, bei den Nichterblichen ganz zuletzt.

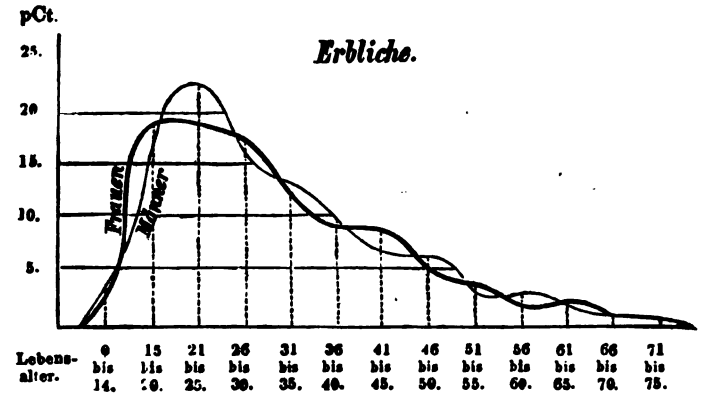


Um das Verhältniss der Geschlechter bei den Erblichen klar zu machen, mag zuerst die Curve der Geschlechter bei den Nichterblichen nach Colonne 2 der Tabelle 35. hervortreten, welche die Eigenthümlichkeiten des Verlaufs der 1. Anfälle überhaupt auf den einzelnen Altersstufen in um so charakteristischerem Grade zeigt. Es ergiebt sich daraus, wie früher die Scheidegränze des Zeitabschnittes von 35 Jahren, unter der die Männer und über der die Frauen constant prävaliren, ohne Ausnahme. Speciell zu bemerken ist noch das Anschwellen der Frauen vom 36—40. Jahr gegen früher. Es macht sich aber auch auf der Altersstufe von 14—20 Jahren der Anlauf bemerkbar, den die Frauen nehmen, um den Männern möglichst nahe zu kommen.

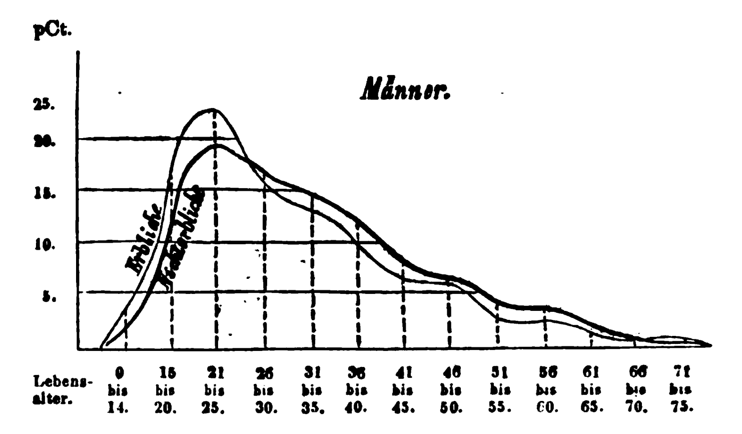
Betrachtet man nun das Verhältniss der Geschlechter bei den Erblichen nach Colonne 1, so steht hier, auch für die Frauen, in erster Reihe das Gesetz, das die Zahl der Erblichen schon in einem frühern Lebensalter culminiren lässt, und erst in zweiter Reihe tritt das andere Gesetz hervor, welches die Weiber in späteren Jahren die Männer überwiegen lässt. Zwei Erscheinungen erklären sich aus dem Gesagten; zuerst, dass noch in Verbindung mit der mehrerwähnten Thatsache, dass die Weiber auf der Alters-

stufe von 15—20 Jahren besonders hervortreten, sie hier sogar die Männer in diesem Alter nicht unbedeutend überragen. Die zweite Erscheinung ist die, dass das spätere Ueberwiegen und starke Hervortreten der Frauen hier schon mit dem 26. Jahre beginnt, jedoch weder so bedeutend, noch mit der Constanz, wie bei den Nichterblichen, so dass hin und wieder die Männer prävaliren. Am deutlichsten ergiebt sich dies Verhältniss aus der zusammengezogenen Tabelle nach Colonne 6., aus der z. B. auch das Ueberwiegen der Männer im Alter von 51—60 Jahren hervorgeht. Aber auch hier tritt auf der Altersstufe über 60 Jahr wiederum das Ueberwiegen der Frauen hervor.

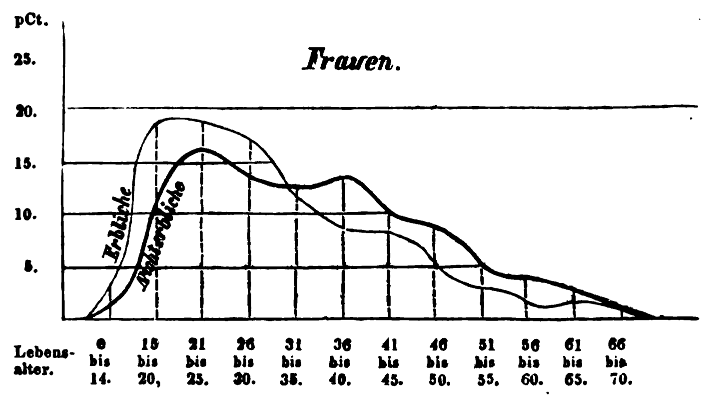
Vorstehende Curven veranschaulichen das Verhältniss der einzelnen Altersstufen graphisch, wobei sich, entgegen den übrigen Curven, durch den überwiegenden Einfluss der Erblichkeit über den des Geschlechts, der Anschein grosser Unregelmässigkeit ergiebt.



Betrachtet man die Männer für sich, je nach den Erblichen und Nichterblichen, so ergeben sich, wie aus folgenden Curven ersichtlich, ähnliche Verhältnisse, wie bei der allgemeinen Zusammenstellung der Erblichen und Nichterblichen mit dem Unterschiede, dass der Schneidepunkt der Curven schon vor das 26. Jahr fällt, dass ausserdem die Abstände beider Curven sowohl vorher, wo die Erblichen überwiegen, als auch nachher, wo die Nichterblichen überwiegen, weniger bedeutend sind. Die Art, wie sich die höchsten Procentsätze folgen, ergiebt bei den Erblichen folgende Reihenfolge: 21—25, 15—20, 26—30 und dann stets absteigend, bei den Nichterblichen 21—25, 26—30, 31—35, 15—20 36—40 und dann stets absteigend.



Es stimmt diese Reihenfolge daher mit der allgemeinen Zusammenstellung der Erblichen und Nichterblichen überein, mit der Ausnahme, dass dort das Alter von 15—20 Jahren bei den Nichterblichen erst in 5. Reihe kommt.



Diese Curven unterscheiden sich in ihrem Verhältniss zu einander von den vorigen vor Allem dadurch, dass sie den Unterschied zwischen dem Verlauf der erblichen und nichterblichen Geistesstörungen um so charakteristischer hervortreten lassen, indem die Charaktere der Erblichkeit, das Ueberwiegen in den früheren und das Zurückstehen in den späteren Lebensaltern in dem weiblichen Geschlecht besonders ausgeprägt erscheinen. Der Schneidungspunkt der beiden Curven liegt, wie bei der allgemeinen …mmenstellung, vor dem 31. Jahre, dagegen sind sowohl vor,

als nach diesem Termine die Abstände hier bedeutender, als dort Bezüglich der Aufeinanderfolge der einzelnen Altersstufen nach den von ihnen gelieferten Procentsätzen, so haben bei den Erblichen die Alter von 15 — 20 und 21 — 25 dieselbe Höhe; ihnen steht nahe das Alter von 26—30, worauf ein rascher Abfall erfolgt. Die breite Höhe des Maximums der Curven bei den Frauen erreicht übrigens die spitze Höhe des Maximums der Curven bei den Männern nicht. Bei den nichterblichen Frauen liegt das Maximum auf der Stufe von 21 — 25. Der weitere Verlauf der Curve erleidet dann dadurch eine Unregelmässigkeit, dass unmittelbar nach diesem Alter des Maximums das Alter von 36—40 Jahren folgt. Das Alter von 15 — 20 Jahren, das bei den Erblichen mit zum Maximum gehört, steht hier erst in 5. Reihe. Auch bei den nichterblichen Frauen steht das Maximum hinter dem der nichterblichen Männer zurück.

Nochmals ist darauf zurückzukommen, dass die nichterblichen Frauen neben ihrem Maximum auf der Stufe von 21 — 25 Jahren ein zweites annäherndes Maximum auf der Altersstufe von 36—40 Jahren zeigen. Indem man sich nun denkt, dass das 2. Maximum dem Einflusse der Erblichkeit unterworfen, dem 1. näher rückt und ausserdem der besprochene Einfluss bezüglich der vor 21jährigen Periode hinzukommt, kann man sich die Entstehung der Curve für weibliche Erbliche erklären.

In Folgendem sind die Angaben von Marsberg mit einigen anderen zusammengestellt.

	Leubus.		Marsberg.			*Stewart.*		*Landenberger.*	
	Erbliche.	Nichterblich.	Erbliche.	Nichterblich.	Erbliche.	Erbliche.	S. der Erblichen und Nichterblichen.	Erbliche.	Nichterbliche.
Zahl	923	2,361					Z. 901	Z. 1,100	
0—20 J.	11,8	7,2	20,8	14,0	20,8	18,15	5,6	9,6	6,0
21—25	18,3	12,1	20,8	18,0	37,2	32,82	26,6	39,1	31,1
26—30	18,0	13,7	16,4	15,0					
31—35	15,6	14,4	12,5	14,0	26,8	22,31	25,1	27,8	29,9
36—40	13,3	16,0	9,2	12,8					
41—45	9,0	12,3	7,2	8,5	16,1	18,71	23,9	15,4	21,9
46—50	6,7	7,7	5,6	7,6					
51—55	4,2	5,6	2,8	4,5	8,3	5,13	12,5		
56—60	1,7	3,0	2,0	3,8					
über 60	1,3	1,7	2,4	3,0	3,0	2,82	6,2		

Die Angaben von Leubus (*Jung*, Ztschft. XXI. S. 628. und XXIII. S. 26) beziehen sich auf Personen, mit Ausschluss der wiederholten Aufnahmen, also nothwendig auf 1. Aufnahmen. Es ist daher selbstredend, dass beim Vergleich mit Marsberg, wo das Alter der 1. Erkrankung genommen ist, die früheren Altersstufen bis zum 30. Jahre überall weniger belastet erscheinen aus dem doppelten Grunde, weil manche der zum 1. Mal in Leubus Aufgenommenen 2te Erkrankungen waren und weil oft das Alter der Aufnahme Jahre lang, auch in Leubus, hinter dem Alter der Erkrankung zurückliegt. Im Uebrigen tritt bei Leubus zwischen Erblichen und Nichterblichen derselbe strenge Gegensatz wie bei Marsberg hervor. Die Grösse desselben ergiebt sich aus folgender Zusammenstellung. Bis zum 30. Jahr stellt Leubus Erbliche: 48,1, Nichterbliche 30,0; Marsberg Erbliche 58,0, Nichterbliche 47,0. Es tritt der Gegensatz aber in Leubus später als in Marsberg ein. Die Gränze fällt nach dem 35. Jahre. — Die 1. Colonne von *Stewart*, die Erblichen betreffend, ist ebenfalls von *Jung* entlehnt. Die Angabe ist nicht ganz klar. Sie heisst wörtlich bei *Jung*: In Tab.... ist das Alter des 1. Ausbruchs — nach *Thurnam* der Aufnahme überhaupt, nach *Grainger (Stewart)* der erblichen Fälle etc. zusammengestellt. Man könnte daher wohl geneigt sein, das Alter der 1. Erkrankung zu vermuthen. Wenn man jedoch die betreffenden Zahlen mit denen der früheren Tabelle von *Stewart* über das Alter der 1. Erkrankung ohne Unterscheidung der Erblichen und Nichterblichen vergleicht, so würden demnach die Erblichen für die früheren Altersstufen bedeutend zurückstehen. Eben dasselbe würde sich ergeben bei Vergleichung der Erblichen von *Stewart* mit denen von Marsberg, während in der oben angezogenen Tabelle sich dies für die Summe der Erblichen und Nichterblichen nicht findet. Es ist daher die andere Annahme, dass es sich um das Alter der Aufnahme handelt, wahrscheinlicher, und haben wir daher in der 2. Colonne die Berechnung für die unterschiedslose Zusammenstellung nach dem Journ. of ment. sc. 1865 S. 163 — die einzige Tabelle über das Alter, die sich hier ausser jener 1. befindet — beigebracht. Es würde sich dann derselbe frühere Gegensatz, jedoch in noch grösserem Abstande ergeben. — In Betreff der Geschlechtsverhältnisse ergiebt sich Folgendes: Es stellen von den Gesammterkrankungen bis zum 35. Jahr Procente:

	Leubus.		Marsberg.	
	M.	Fr.	M.	Fr.
die Erblichen	62,32	64,87	71,01	70,11
die Nichterblichen .	48,86	52,61	63,82	54,45

Es ergiebt sich daher die Verschiedenheit, dass für Leubus in den früheren Jahren, sowohl bei den Erblichen als Nichterblichen, die Frauen überwiegen und stimmt dies mit dem nach *Martini* oben Mitgetheilten für die Aufnahmen im Allgemeinen überein. Es ist jedoch dabei zu bemerken, dass sich nicht allein für die Erblichen, wo sich dasselbe bei Marsberg findet, sondern auch für die Nichterblichen eine vielfache Abweichung von jenem Gegensatze zeigt, so dass man Rücksicht auf die mangelhafte Berechnung nach der Aufnahme nehmen muss. — Es zeigt sich eine Analogie beider Untersuchungsresultate darin, dass die Geschlechter bei den Nichterblichen mehr differiren, als bei den Erblichen. Die Angaben von *Landenberger*, welche sich nach Früherem auf die sämmtlichen, auch die wiederholten Aufnahmen erstrecken, selbst diejenigen, welche nach nicht erfolgter Genesung bei der früheren Entlassung stattfanden, so dass dieselben Anfälle 2 × gezählt sind, zeigen denselben Gegensatz zwischen Erblichen und Nichterblichen, auch, soweit ersichtlich, keine besondere Abweichung der Scheidegränze.

Wir gehen daran, die letzte Berechnung anzustellen, um die eigentliche Prädisposition der Lebensalter zu ermitteln. Es handelt sich in der That weniger darum, die Zahl der Geisteskranken auf den einzelnen Lebensaltern festzustellen, sondern es muss das Verhältniss dieser Zahl in Beziehung gebracht werden zu der gleichzeitig lebenden Bevölkerung derselben Altersstufen.

Wir benutzen zur Ermittelung dieser Beziehungen die Resultate der Volkszählung von 1861 (*Engel's* statistische Zeitschrift 1863, S. 40 u. 42). Da die Alterseintheilungen zum Theil nicht ganz mit unseren übereinstimmen (hier 17—19, 20—24, 25—30), so haben wir eine annähernde Uebereinstimmung dadurch herbeizuführen gesucht, dass wir z. B. den jährlichen Durchschnitt vom 17.—19. und vom 20.—24. Jahre nahmen, von diesen beiden Zahlen den Durchschnitt berechneten und diese Zahl, als dem 20. Jahr entsprechend, annahmen. Da hier das Militair fehlt, so musste dies nach Seite 42 herangezogen werden. Wir haben, um bei den theilweise kleinen Zahlen nicht zu sehr zu compliciren, die

Berechnung so gemacht, dass wir die gesammte Zahl von 20 bis 24 Jahren (die Westfalen treten erst mit dem 21. Jahre in den Militairdienst) und den 8. Theil von 25—32 zu unserer Altersstufe von 21—25 Jahren, ferner ⅜ der Zahl von 25—32 zu unserer Altersstufe von 26—30, ⅝ jener Angabe für 25—32 und die Angabe von 33—39 zu unserer Altersstufe von 31—40, und jede der folgenden Angaben zu jeder unserer folgenden Decennien gerechnet haben. Die Angehörigen des Militairs (Seite 43) liefern für Westfalen zu kleine Zahlen, um berücksichtigt zu werden. So entstand Tabelle 36 A. und in B. die Procente derselben. — Für diese Tabelle wäre es von grosser Wichtigkeit, wenn sie den Bevölkerungsverhältnissen für 1836—1864 vollkommen entspräche. Bei der theilweisen Veränderung derselben für die letzten Jahre muss diese volle Uebereinstimmung bezweifelt werden.

Westfalen zeichnete sich vor dem ganzen Staat bis dahin durch ein Zurückstehen der jüngeren und ein Ueberwiegen der älteren Jahrgänge aus; dies findet auch in jener Tabelle grösstentheils statt. Dagegen zeigt schon die männliche Bevölkerung im Alter vom 19.—24. Jahre jener Zählung von 1861 ein Ueberwiegen der Provinz Westfalen bezüglich des Antheils dieser Stufe an der Gesammtbevölkerung über den Staat (7, 6—7,3), während z. B. für 1858 das Jahrbuch der amtlichen Statistik von 1862 für die Altersstufe vom 21—25. Jahr männliche Bevölkerung für Westfalen 8,26, für den Staat 8,81 ergab. Ebenso fängt nach jener Berechnung das Uebergewicht von Westfalen über den Staat erst mit dem 50. Jahre an (Westfalen 7,85, Staat 6,98). In jener Stelle des Jahrbuchs, welches die Stufen von 40—60 zusammenfasst, überwiegt Westfalen. Es wäre daher wohl möglich, dass bei hinreichend genauen Nachweisen die Stufe von 21—25 Jahren in der Bevölkerung für 1836—1864 kleiner und schon eine frühere Altersstufe vielleicht vom 30. Jahre an, grösser wäre, als in jener Tabelle.

Die Abtheilung D. der Tabelle 36, welche den Quotienten aus B., der Tabelle der Bevölkerung in C. die Tabelle der Geisteskranken enthält, stellt nun die eigentliche Disposition der Lebensalter dar. Sie ist dann durch den 1. Anblick sehr überraschend, indem sie von den Annahmen, wie sie gang und gebe sind, sehr abweicht. Das am meisten zur Geistesstörung prädisponirende Lebensalter ist nach der Summe das vom 21.—25. Jahre. Es folgt schon für das Alter von 26—30 Jahen ein bemerkenswerther Abfall, noch mehr von 31—40 und ein sehr markirter vom 41. an. Das Alter von 15—20 steht in 5. Reihe.

Tab. 36.

Jahre.	A. Nach *Engel's* Zeitschrift 1863. Seite 40 und 42. Bevölkerung von Westfalen 1861.			B. Procente nach der vorigen Tabelle.			*Wappäus*, in 11 europäischen Staaten (*Oesterlen*, med. Stat. S. 159).	
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.		S.
0—14	280,989	271,522	552,521	34,15	34,24	34,20	0—15	31,65
15—20	99,262	94,933	194,195	12,06	11,97	12,02	16—20	9,48
21—25	68,018	72,223	140,241	8,27	9,11	8,68		8,87
26—30	64,378	62,253	126,631	7,82	7,85	7,84		8,05
31—40	105,685	101,426	207,111	12,85	12,79	12,82		13,75
41—50	84,055	78,002	162,057	10,22	9,84	10,03		11,10
51—60	65,887	60,867	126,754	8,01	7,68	7,85		8,52
61—70	39,024	36,785	75,809	4,74	4,64	4,69		5,49
71—0	15,427	14.901	30,328	1,88	1,88	1,88		3,19
Summa	822,725	792,922	1,615,647	100,00	100,00	100,00		

(Die Fortsetzung dieser Tabelle befindet sich auf der folgenden Seite.)

(Fortsetzung der Tab. 36.)

Jahre.	C. Procente der Geisteskranken.			D. Verhältniss von B. in C.			E. Männer B. in C. (nach Tab. 35.)		E. Frauen B. in C. (nach Tab. 35.)	
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	Erblich.	Nicht-erblich	Erblich.	Nicht-erblich
0—14	2, 1	1, 8	2, 0	0,062	0,053	0,058	0,10	0,04	0,091	0,022
15—20	14, 0	14, 4	14, 2	1, 16	1, 20	1, 18	1,37	1,01	1, 58	0, 95
21—25	20, 3	17, 2	19, 1	2, 45	1, 89	2, 20	2,69	2,35	2, 07	1, 75
26—30	16, 0	15, 0	15, 6	2, 04	1, 91	1, 99	2,02	2,07	2, 20	1, 71
31—40	24, 9	24, 3	24, 6	1, 94	1, 90	1, 92	1,75	2,08	1, 63	2, 08
41—50	13, 0	16, 8	14, 7	1, 27	1, 71	1, 47	1,19	1,34	1, 50	1, 93
51—60	6, 5	7, 4	6, 9	0, 81	0, 96	0, 88	0,62	0,96	0, 61	1, 18
61—70	2,24	3,15	2,63	0, 47	0, 68	0, 56	0,04	0,05	0, 56	0, 71
71—0	0,32	—	0,18	0, 17	—	0, 10				

Verfolgt man die Geschlechter für sich, so stellen sich einige Verschiedenheiten heraus, indem die Männer die betreffenden Verhältnisse in um so ausgesprochenerem Grade darbieten, die Frauen dagegen vom 21.—40. Jahre keine besonderen Verschiedenheiten und auch auf der Stufe von 41—50 Jahren keinen so bedeutenden Abfall zeigen. Da, wie schon aus den reinen Zahlen hervorging, die Tabelle des Lebensalters keine einfache Grösse ist, so haben wir die sie bildenden Elemente, die Erblichen und Nichterblichen, für sich iu Beziehung zur Bevölkerungszahl gebracht (Abtheilung E. der Tabelle 36.). Es ergiebt sich darnach zunächst für die nichterblichen Männer ein entschiedenes Hervortreten des angedeuteten Gesetzes. Das Maximum ist von 21—25 Jahren, die Stufen von 26—30 und 31—40 sind sich gleich. Die Tabelle der Erblichen zeigt nun die ganze Entwickelung vorgeschoben. Man sieht, sie streben mit um so mehr Vehemenz dem Bilde zu, das zu erreichen sie durch naturgesetzliche Nothwendigkeit gezwungen werden, nämlich dem Typus ihrer Ascendenten. Schon das Alter von 15—20 Jahren zeigt diese Tendenz. Es steht schon in 4. Reihe. Das Maximum von 21—25 Jahren ist viel prononcirter, es folgt von da ein bedeutender, ununterbrochener Abfall. Gehen wir zu den Frauen über, so zeigt sich zunächst bei den Nichterblichen ein 1. Maximum auf der Stufe von 21—25 Jahren, dann ein Abfall von 26—30 Jahren. Es würde dieser Abfall bedeutender sein, wenn nicht die Bevölkerungstabelle für Westfalen die oben beschriebenen Eigenthümlichkeiten hätte. Es findet sich

dann ein 2. und bedeutenderes Maximum auf der Stufe von 31 bis 40 Jahren, die reine Tabelle des Lebensalters zeigt, dass dies Steigen der Periode von 36—40 Jahren angehört. Der Abfall von da erfolgt viel allmähliger, als bei den Männern, das Alter von 15—20 Jahren steht hier erst in 6. Linie, steht unmittelbar vor dem niedrigsten Satze. Bei den erblichen Frauen ist die Entwickelung der Geisteskrankheiten, den früheren Ausführungen entsprechend, in um so höherem Grade vorgeschoben. Das Alter von 15—20 Jahren zeigt den höchsten Procent-Satz dieser Altersstufe, steht bei den erblichen Frauen in 4. Reihe, vor dem 41. Jahr, ja der Stufe von 31—40 Jahren ziemlich nahe. Das Alter von 21—25 Jahren zeigt eine ziemliche Höhe, das Maximum das Alter von 26—30 Jahren, welches nach dem oben Ausgeführten als die vorgeschobene Entwickelung jenes Maximum bei den Nichterblichen auf der Stufe von 36—40 Jahren zu betrachten ist. Von da an zeigt sich ein fortwährender und ziemlich markirter Abfall. So erklärt sich aus diesen regelmässigen Entwickelungen je bei den Erblichen und Nichterblichen das anscheinend regellose Sichgleichbleiben bei den Frauen von 21—40 Jahren. Es würde überhaupt das grössere Hervortreten, das Maximum von 21—25 Jahren und der Abfall auf den späteren Altersstufen in viel höherem Grade stattfinden, wenn, wie wahrscheinlich, die gesunde Bevölkerung von 1836—1864 das erstere Alter in geringerem, die späteren in höherem Grade für Westfalen enthielt, als die Volkszählung von 1861. So würde sich, wenn man die Bevölkerungsverhältnisse des ganzen Staats maassgebend sein liesse, folgende Reihenfolge für die Frauen ergeben (15—20 Jahr) 1,20 Procent, (21—25 Jahr) 1,93 Procent, (26—30 Jahr) 1,81 Procent, (31 bis 40 Jahr) 1,86 Procent, (41—50 Jahr) 1,40 Procent etc. etc.

Ueber die Deutung dieser Altersbeziehungen möge noch Einiges bemerkt werden. Es wird vielfach der Einfluss der Pubertätsentwickelung in der Aetiologie der Geistesstörung beschuldigt. *Griesinger* (Handbuch, Seite 148 und 203) spricht davon; *Dagonet* (Handbuch, Seite 194) sagt, dass die Pubertätsentwickelung bei erblich Prädisponirten oft Anlass zur Seelenstörung gebe. *Morel* sagt dasselbe an verschiedenen Stellen. Ebenso *Hoffmann* und *Jung*. *Jung* citirt (Ztschrft. XXIII. S. 224) *Stewart*: Wenn Irresein vor vollendeter geistiger Entwickelung oder gerade im Augenblicke derselben ohne irgend eine andere glaubhafte auffindbare Ursache erscheint, so beruht es wahrscheinlich auf erblicher Anlage. Ferner: *Maudsley* sah die *Mania hereditaria* in den Entwickelungsjahren, die *Melanch. hered.* mit Vorliebe gegen Ende

des Lebens auftreten etc. Bezüglich unserer Zahlen ist zunächst noch zu bemerken, dass die Stufe von 15 - 20 Jahren verschiedenwerthige Jahre enthält, dass ihr Hauptantheil von den Jahren 18, 19, 20 gestellt wird, welche zum Theil schon die Eigenthümlichkeiten der Jahre von 21—25 Jahren zeigen und daher aus diesen zu erklären sind. Nichtsdestoweniger findet sich überhaupt und namentlich dort, wo keine anderweiten Einflüsse stattfinden, bei den Nichterblichen nur eine geringe Zahl, zum Theil die vorniedrigste. Da bei den Erblichen die ganze Entwickelung vorgeschoben ist, so muss man deren grösseren Antheil an dieser Altersstufe offenbar aus der Ursache erklären, welche sonst für die Stufe von 21—25 Jahren in Betracht kommt. Es ist daher ein Einfluss der Pubertätsentwickelung in besonderen Zahlen nicht nachzuweisen, wie auch die kritische Detailforschung wenig beweiskräftiges Material liefert. Auch die Sterblichkeitstabellen zeigen bekanntlich keine Steigerung der Sterblichkeit in diesem Alter.

Jedes Lebensalter hat bezüglich der Art der in ihm vorkommenden Krankheiten des Nervensystems seine bestimmte Signatur. Für die erste Lebenszeit, und je mehr, je früher gilt als solche die *Meningitis* und verwandte Zustände von acutem und entzündlichem Charakter. In dem 2. Decennium treten unter geringerer Betheiligung ähnlicher materiellen Processe Störungen mehr dynamischen Charakters in niedrigeren Sphären des Nervensystems — *Chorea*, Epilepsie — in den Vordergrund.

Die Periode vom 21—25. Jahr, und in verringerter Intensität die folgenden, trägt die Signatur der Geisteskrankheiten. In dem 4. Decennium erscheint als Uebergang zu der folgenden Stufe die *Dement. paral.* Von da ab erscheinen Ernährungsstörungen und Gehirnveränderungen mehr grob materieller Art, Abscesse, Erweichungen, Apoplexie, Lähmungen etc. Sollten wir zu einer vollständigen Einsicht in die Pathogenie aller dieser Krankheiten gelangen, so würden wir diese sämmtlichen Störungen aus den Verhältnissen der Entwickelung und Ernährung des Nervensystems, wie sie der jeweiligen Lebensepoche entsprechen und aus den bestimmten Bedingungen, unter welchen sie im vorliegenden Fall gerathen sind, mit Nothwendigkeit herleiten. Das für Geisteskrankheiten charakterisirteste Lebensalter, das von 21—25 Jahren, hat die Eigenthümlichkeit, dass eben erst der Eintritt in die Höhe der geistigen und körperlichen Entwickelung stattfand, mit den tiefen Empfindungen und Strebungen, mit jenen Schwingungen der Nervenmolecule, ihren Spannungen und Ausgleichungen. Dieses also, der Eintritt in jene Lebensepoche, ist zum Zustande-

kommen der Geisteskrankheit eines der wichtigsten Momente, das wir kennen. Die weiteren Bedingungen zu ihrem Eintritt liegen entweder schon vor der Entwickelung des Individuums, sind allen äusseren Ereignissen seines bisherigen Lebenslaufes vollkommen fremd, heften sich an seine Fersen, wie ein unentrinnbares Fatum, um mit naturgesetzlicher Nothwendigkeit seiner Zeit zur Entwickelung zu kommen, oder es bedarf zum Zustandekommen der Geisteskrankheit des Wechselverkehrs mit kleineren und grösseren Störungen des äusseren Lebens und dadurch bedingten, vielleicht Jahre umfassenden organischen Vorgängen in ihm selbst.

Da der ursprünglich organisch bedingte Keim des Irreseins auch ohne weiter hinzukommende besonders bedeutende Schädlichkeiten in einem späteren Lebensalter zum Ausbruch kommen kann, wie auch manche Einzelforschungen lehren, so ergiebt sich, wie sehr jener so vielfach betonte Einfluss von aussen kommender psychischer Schädlichkeiten in der Aetiologie der Seelenstörungen beschränkt werden muss, wenn man jenen ursprünglich organisch bedingten Einfluss von den vorliegenden Zahlen der späteren Lebensalter abzieht. Es hat sich eine ähnliche Reflexion auch anderen vorurtheilslosen Forschern aufgedrängt. *Jacobi* kommt (Hauptformen etc., Seite 666) bei seinen ätiologischen Untersuchungen zu dem Resultat, dass die organische Prädisposition zum Zustandekommen der psychischen Krankheiten das Wichtigste, die grösstentheils psychischen Ursachen, welche das wichtigste Moment zum Ausbruch gewähren, etwas weniger Wesentliches seien. Unsere Darlegungen würden dasselbe Verhältniss präcisiren wenn man anstatt *Jacobi's* Concentus anthropologischer Dispositionen etc. Gehirnfunction und deren Störung setzt.

Von jener Höhe findet nun bei den Männern ein gleichmässiger und ununterbrochener Abfall statt, bei den Frauen findet sich jedoch eine 2. Steigerung, bei den Nichterblichen auf der Höhe von 36 — 40, der für die Erblichen die Höhe von 26 — 30 analog ist. Worin hat diese ihren Grund? Ist es die welkende Blüthe und die damit schwindenden Hoffnungen auf Lebensglück? Ein Blick auf Tabelle 44. lehrt, dass das nicht der Fall ist. Es sind die Verheiratheten, welche diese hohe Quote stellen. Zur richtigen Würdigung dieser Beziehung muss man eine Bemerkung von *Marcé* citiren. Dieser (Traité de la folie des femmes enceintes) hebt hervor, dass die späteren Jahre zu den Geburten eine unverhältnissmässig höhere Masse von Puerperal-Geistesstörungen liefern, als die früheren. So lieferte z. B. die Periode über 35 Jahr $^1/_{10}$ bis $^1/_{13}$ der stattgefundenen Geburten, während dieselbe von den Puer-

peral-Geistesstörungen $\frac{1}{3}$ lieferte (ähnlich Andere, *Tuke* etc.) Es sind hier offenbar nicht die unmittelbaren Geburtsstörungen, sondern die des ganzen Organismus und speciell des Nervensystems zu beschuldigen. Dies und die Analogie der vorher ausgeführten Thatsache, wonach der Eintritt in die Höhe der geistigen Entwickelung nach vollzogener Geschlechtsentwickelung auch ohne unmittelbare Beziehung zu den Geschlechtsfunctionen eine besondere Prädisposition zu psychischer Störung abgiebt, lässt die Deutung der beregten Erscheinung nahe legen, dass auch das Verweilen auf der letzten Stufe geistiger Höhe bei dem Weibe, dessen ganzes Geistesleben so sehr mit dem Geschlechtsleben zusammenhängt, eine leichtere Störbarkeit hervorruft. Bei den Erblichen findet dann der ganze Lebensabschluss früher statt. — Es findet so, während jenes 1. Steigen vom 21.—25. Jahre der grossen Sterblichkeit in den ersten Lebensjahren analog ist, für diese letztere Periode die Analogie mit der grossen Sterblichkeit der letzten Jahre statt.

Das Alter der Decrepidität macht sich dann weiter nicht durch besondere Zahlen bemerkbar, wie auch die kritische Detailforschung hier wenig beweiskräftige Thatsachen liefert. Es mag hier darauf hingewiesen werden, dass eben so wenig wie die Entwickelungsjahre, eben so wenig die klimakterischen eine Vermehrung der Sterblichkeit zeigen, wie speziell *Oesterlen* nach anderen Statistikern (Handbuch Seite 179) hervorhebt.

Was bleibt nun von allem Pathos, allen geistreichen Auffassungen in der Aetiologie der Geistesstörungen? Wir sind aus dem Bereich psychologischer Deductionen etc., wie sie im Anfang des Kapitels angeführt, dem subjectiven Standpunkt eines Jeden entsprechen, in den Bereich nüchterner Thatsachen mit ihrer einfachen Deutung und schwerem Gewicht getreten. Wenn es unter der ganzen Summe der Ursachen der Seelenstörungen keine so gewichtige, so unläugbare, auf jeder Seite ihrer Geschichte ihr Gepräge aufdrückende giebt, als die Erblichkeit, so ist eine weitere wichtige das Lebensalter. Es stellt die Geisteskrankheit als einen organischen Process dar, hauptsächlich an die inneren Lebensbedingungen des Individuums selbst geknüpft und es in seiner Entwickelung begleitend.

Civilstand.

Der Civilstand der Aufgenommenen ergab während des Bestehens der Anstalt Folgendes:

	Ledige.	Verheirathete.	Verwittwete und Geschiedene.	Unbekannt.
Männer ..	1,213	573	72	3
Frauen ..	608	484	161	1
Summa	1,821	1,057	233	4

Nach Abzug der Epileptischen und Idioten, die in dieser Hinsicht ganz andere Verhältnisse darbieten, so wie der wiederholten Aufnahmen, deren Prädisposition, wie sich später herausstellen wird, eine ganz andere ist, ergeben sich folgende Verhältnisse:

	Ledige.	Verheirathete.	Verwittwete.
Männer ..	951	480	60
Frauen ..	504	419	143
Summa	1,455	899	203

Die Procent-Berechnungen nach beiden Beziehungen finden sich in Tabelle 37., I. Abtheilung. Um zu ermitteln, ob sich diese Verhältnisse im Laufe der Zeit geändert haben, führen wir die Procente der letzten 4jährigen Periode an, und zwar, da es sich nur um einen Vergleich handelt, die ursprünglichen Zahlen, ohne Abzug der Epileptischen und Idioten und wiederholt Aufgenommenen:

	Ledige.		Verheirathete.		Verwittwete.	
	Männer.	Frauen.	Männer.	Frauen.	Männer.	Frauen.
1861—1864	60	44,2	36	43,3	3,6	11,7
1814—1864	65,3	48,5	30,8	38,6	3,9	12,8

Es ist also die Zahl der Ledigen in nicht unbedeutendem Grade, in geringem die der Verwittweten, sowohl bei den Männern als Frauen in der letzten Zeit gefallen, die der Verheiratheten gestiegen.

	Männer.			Frauen.			Summa.			Ueber 14jährige Bevölkerung. Männer.			Frauen.			Summa.		
	Ledig.	Verhei-rathet.	Verwitt-wet.	Ledig.	Verhei-rathet.	Verwitt-wet.	Ledig.	Verhei-rathet.	Verwitt-wet.	Ledig.	Verhei-rathet.	Verwitt-wet.	Ledig.	Verhei-rathet.	Verwitt-wet.	Ledig.	Verhei-rathet.	Verwitt-wet.
1. Leubus (Anst.-Ber. 1860, S. 10, Z. 3,104)	47,72	49,76	2,52	44,18	44,20	11,62	46,4	46,8	6,8	43	53	4	40	49	11	41	51	8
2. Halle (Ztschr. XXII. S. 229). Z. 2,269.	53, 2	39, 9	6, 9	48, 2	36, 0	15, 7	51,2	38,3	10,5	42	53	5	36	52	12	39	52	8
3. Siegburg (1847-1853, 1856, 1857, 1860—1863 Ber.) Z. 2,878	57, 3	42,7		48, 4	51,6		51,2	48,8		49	51		43	57		46	54	
4. Marsberg (Z. 3,115)	65, 3	30, 8	3, 9	48, 5	38, 6	12, 8	58,5	34,0	7,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Marsberg (nach Abzug der Epilept., Idioten und wiederholten Aufnahmen).	63, 8	32, 2	4	47, 3	39, 3	13, 4	56,9	35,2	7,9	48,5	46,7	4,9	41,6	48,8	9,5	45,1	47,7	7,2
Eichberg (Nass. med. Jhrb. 1863) . .	60, 4	35	4, 6	53, 2	35, 3	11, 5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Irsee (Ber. 1858) .	64, 6	33, 4	2	65, 6	29, 1	5, 5	65	31,6	3,5	51	44	5	52	40	8	52	42	7
Güntz (Ber. Z. 600)	56, 5	40, 5	3	38, 6	45, 8	15, 6	48,7	42,8	8,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Illenau (Ber. 1866. Tab. 16.)	59, 7	36, 6	3, 7	52, 3	35, 9	11, 8	56,1	36,2	7,6	54,3	43,5	2,2	56,3	40,2	3,5	55,3	41,8	2,9
Göppingen (Ber. von *Landenberger*, 1866)	59, 3	37, 3	3, 5	52, 9	31, 6	15, 5	56,6	35,0	8,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stewart (Journ. of ment. sc. 1865, S. 153)	67, 3	29, 2	2, 1	59, 4	31, 1	9, 5	64,7	30,0	5,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Wir haben in Tabelle 87., I. Abtheilung eine Reihe von literären Angaben über Civilstand von 4 Preussischen Provinzen, so wie einigen anderen Staaten, zusammengestellt. Es findet sich dann bei den Männern, mit einziger Ausnahme von Leubus, ein bedeutendes Ueberwiegen der Ledigen über die Verheiratheten. Es ist so bedeutend, dass es die Summe der Verheiratheten und Verwittweten überragt. Am höchsten stehen die ledigen Männer für *Stewart*, Marsberg und Irsee, dann folgen die übrigen süddeutschen Angaben, welche ziemlich übereinstimmen. Die Wittwer schwanken am meisten. Bei den Frauen überwiegen ebenfalls überall die Ledigen über die Verheiratheten, mit Ausnahme von Schlesien, wo Männer und Frauen gleich stehen, und Thonberg, der als Privatanstalt weniger in Betracht kommen kann. Auffallend ist das hohe Uebergewicht der Ledigen in Irsee und *Stewart*, dann die übrigen süddeutschen Angaben, welche wiederum ziemlich übereinstimmen. Bei diesen allen ist die Zahl der ledigen Frauen grösser, als die Summe der verheiratheten und verwittweten, bei den übrigen nicht. Die Zahl der Wittwen ist überall, mit Ausnahme von Irsee, bedeutend und schwankt, weniger, als die der Wittwer.

Wenn demnach bei *Quetelet* (l. c.) und ähnlich bei *Griesinger* (Handbuch, Seite 145) die Angabe sich findet, dass bei den Männern die Ledigen die Verheiratheten überwiegen, bei den Frauen aber umgekehrt, so ist dies letztere in der grossen Mehrzahl nicht richtig. Es wird dort beiderseits als Grund angeführt, dass die Frauen jünger in den Ehestand treten, sonst fast ausschliesslich psychische und gemischte Ursachen (häusliche Missverhältnisse, Ausschweifungen, die hülflose Lage der Wittwen etc.). *Dagonet* (Traité Seite 188) macht dann noch die Bemerkung, dass in den Städten die Zahl der ledigen Frauen die der Männer überwiege, aus den Gründen, die er für das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts überhaupt anführt (Verführung, sitzende Lebensweise etc.), was früher schon hinreichend besprochen ist. Der Wiener Bericht von 1858 führt ein ausserordentliches Ueberwiegen der Ledigen, sowohl Männer als Frauen, an und es wird hier auf ledige Zuzüge von aussen geschoben.

Wenn schon überhaupt die Betrachtung der Civilstandsverhältnisse dadurch ihren Werth bekommt, dass man die Zahlen mit den betreffenden Bevölkerungszahlen in Beziehung bringt, so gilt dies in noch höherem Grade von der Vergleichung verschiedener Länder, wo die Civilstandsverhältnisse der Bevölkerung nicht unerheblich wechseln. Wir haben daher in der 2. Abthei-

lung der Tabelle 37. die Bevölkerungsverhältnisse der 4 Preussischen Provinzen und Bayerns nach *Hagen*'s Angabe, für Baden nach *Roller*'s Angabe für die süddeutschen Staaten, betreffs des Civilstandes der über14jährigen Bevölkerung ermittelt. Die Angaben für Preussen sind *Engel*'s Zeitschrift 1863 Seite 40 und 43 entnommen. Für Westfalen sind auch die Angehörigen etc. der Militairpersonen berechnet, für die anderen Provinzen, wegen der kleinen Zahlen nur die Militairpersonen selbst. Jene Verhältnisse der Bevölkerung von 1861 können allerdings nicht als vollkommen maassgebend betrachtet werden für dieselben durchschnittlichen Verhältnisse von 1836—1864, da ein nicht unbedeutender socialer Umschwung seit nahe 20 Jahren eingetreten ist. Wir sind der Ansicht, dass die Verschiedenheit der letzten 4jährigen von der gesammten Periode auf diese Veränderung der socialen Verhältnisse zu beziehen ist. Es ergiebt sich aus dieser Zusammenstellung auch die Grösse des Unterschieds, der die principiell stattfindenden Gegensätze der verschiedenen Länder durchaus nicht beeinträchtigt, so dass man, da es sich vor der Hand nur um Feststellung allgemeiner Verhältnisse handelt, jene Bevölkerungsangaben unbedingt benutzen kann. Ebensowenig wird der Vergleich dadurch aufgehoben, dass bei Sachsen, Irsee etc. Epileptische, Idioten und wiederholt Aufgenommene nicht ausgeschlossen sind, wie ein Vergleich unserer zwei Berechnungen (Zeile 4 und 5) ergiebt; doch fordert dies zur Berücksichtigung auf. — Wenn man nun ebenso wie bei der Bestimmung des Lebensalters, die Procent-Verhältnisse der Bevölkerung in die Procent-Verhältnisse des Civilstandes dividirt, so bekommt man, in Zahlen ausgedrückt, die eigentliche Prädisposition des einzelnen Civilstandes in folgender Tabelle :

Tab. 37 a.

	Männer.			Frauen.			Summa.		
	Ledig.	Verheirathet.	Verwittwet.	Ledig.	Verheirathet.	Verwittwet.	Ledig.	Verheirathet.	Verwittwet.
A.									
Schlesien	1,11	0,94	0,63	1,10	0,90	1,06	1,13	0,92	0,85
Sachsen	1,27	0,75	1,38	1,34	0,69	1,31	1,31	0,74	1,31
Rheinprovinz . .	1,17	0,84		1,13	0,90		1,11	0,90	
Westfalen	1,32	0,69(0,70)	0,82	1,14	0,81(0,90)	1,41	1,26	0,74(0,79)	1,10
Irsee . . .	1,27	0,76	0,40	1,26	0,73	0,69	1,25	0.75	0,50
Illenau . .	1,10	0,84	1,68	0,93	0,89	3,37	1,02	0,87	2,62
B.									
Schlesien	1,00	0,85	0,57	1,00	0,90	1,06	1,00	0,82	0,96
Sachsen .	1,00	0,59	1,09	1,00	0,51	0,98	1,00	0,56	1,00
Rheinprovinz . . .	1,00	0,72		1,00	0,80		1,00	0,81	
Westfalen	1,00	0,45	0,54	1,00	0,71	1,23	1,00	0,57	0,87
Irsee . . .	1,00	0,60	0,31	1,00	0,58	0,55	1,00	0,60	0,40
Illenau . .	1,00	0,76	1,53	1,00	0,96	3,62	1,00	0,85	2,57

Die 2. Abtheilung der vorstehenden Tabelle ist so zu Stande gekommen, dass die Zahlen für die Verheiratheten und Verwittweten zu den Ledigen (diese = 1) der betreffenden Gruppe berechnet sind. Die Verhältnisse in der je einzelne Gruppe sind dadurch übersichtlicher. Es ergiebt sich dann ausnahmslos ein Ueberwiegen der Ledigen über die Verheiratheten, sowohl bei den Männern als Frauen, welches letztere, jenen obigen Angaben gegenüber, betont werden muss. Es ist jedoch, mit Ausnahme von Sachsen und Irsee, das Uebergewicht bei den Männern stärker, als bei den Frauen; die Verwittweten überwiegen meist über die Verheiratheten, bei den Männern macht jedoch Schlesien und Irsee, bei den Frauen Irsee eine Ausnahme. 2 Mal bei den Männern

und 3 Mal bei den Frauen überwiegen die Verwittweten sogar die Ledigen. Die sehr hohen Zahlen für die Verwittweten bei Illenau, sowohl Männer als Frauen, sind auffallend, sowohl im Vergleich mit allen anderen, als namentlich mit Irsee. Letzteres hat seinen Grund zum Theil in den sehr niedrigen Zahlen von Irsee für die Verwittweten, während die übrigen süddeutschen Staaten im Uebrigen ziemlich übereinstimmen. Den hauptsächlichsten Grund jedoch könnten jene hohen Zahlen für die Verwittweten in Illenau vielleicht in nicht sachentsprechenden Bevölkerungsangaben haben. Würde man z. B. die Angaben für die süddeutsche Bevölkerung von *Hagen* der Berechnung zu Grunde legen, so würde man in der letzten Abtheilung der Tabelle für die verwittweten Männer 0,67, Frauen 1,58 bekommen. Die verwittweten Frauen zeigen überhaupt, mit Ausnahme von Sachsen, höhere Zahlen als die Männer, verhalten sich analog den Verheiratheten; die Verwittweten liefern allerdings die kleinsten Zahlen, doch sind die ausserordentlichen Schwankungen unter ihnen, sowie die grossen Verschiedenheiten jedes anderen Civilstandes, wie sie bei oberflächlicher Durchsicht jeder Colonne der ersten Abtheilungen hervortreten, gewiss bemerkenswerth. Da nun die Hülflosigkeit, Ausschweifungen, Kummer und nagendes Hauskreuz etc. für jeden einzelnen Civilstand in allen Ländern annähernd dieselben bleiben, so dürfte man schon hiernach geneigt sein, in diesen Ursachen und in dem Civilstande selbst nur etwas mehr Zufälliges, das Zustandekommen der Geisteskrankheit weniger Beeinflussendes zu sehen, hinter dem die wahren Ursachen, welche für den einzelnen Civilstand in den einzelnen Ländern wechseln, verborgen liegen. Aber welches sind die Ursachen für das in diesen Aufstellungen Gemeinsame und Verschiedene, für die stärkeren und schwächeren Zahlen der einzelnen Gruppen? Als Grund für das starke Ueberwiegen der Ledigen ist zunächst die Meinung von *Hagen* anzuführen, dass es daher rühre, weil die ungeheilten Ledigen sich anhäufen und daher bei der Zählung als durchschnittlicher Bestand grösser erscheinen. Wären alle Ledige Neuerkrankte, so müsste sich nach ihm das dem allgemeinen Bevölkerungsstande entsprechende Verhältniss wieder finden. Einen Beweis für die Wirklichkeit der von ihm hervorgehobenen Möglichkeit der Erklärung, hat *Hagen* nicht gegeben.

Um den Gegenstand nach dieser Seite hin zu prüfen, haben wir von 1846—1864 eine Zusammenstellung der Ledigen und der Verheiratheten je nach der Krankheitsdauer vor der Einlieferung in die Anstalt und je nach der Altersstufe der Erkrankung gemacht, die Verwittweten sind zu den Verheiratheten gerechnet.

Tab. 38.

Ledige und Verheirathete je nach dem Lebensalter der Erkrankung und der Krankheitsdauer vor der Aufnahme (ohne Epileptische und ohne Rückfälle).

	Ledige.						Verheirathete. (+ Verwittwete.)					
	Krankheitsdauer.											
	bis 1jährig.		bis 3jährig.		über 3-jährig.		bis 1-jährig.		bis 3-jährig.		über 3-jährig.	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
— 30 Jahr	189	123	101	40	121	56	24	43	10	13	12	20
— 50 Jahr	86	27	27	23	24	20	142	152	50	49	45	27
über 50 Jahr	11	13	5	7	1	1	67	47	16	16	6	2
Summa	286	163	133	70	146	77	233	242	76	78	63	49

Die Berechnung des Procent-Satzes der Ledigen zur Gesammtsumme, je für alle Eingelieferten und für die bis 3jährige und bis 1jährige Krankheitsdauer ist in Tabelle 39. gemacht.

Tab. 39.

Krankheitsdauer.

	0 — über 3 Jahr.	— 3jährig.	— 1jährig.	Geheilt.
Männer . .	60,3	57,6	55,1	59
Frauen . .	45,7	42,1	40,2	43
Summa	54,1	50,9	48,6	52

Hier mag nun sofort darauf hingewiesen werden, dass, wie auch sogleich beim Lebensalter zu besprechen, obgleich nur ein zufälliger Theil aller Geisteskranken ausgewählt werden konnte, doch das allen Aufnahmen entsprechende Verhältniss jedes Civilstandes sich wiederfindet. Der Natur nach ist die stattfindende kleine Abweichung der Art, dass das Verhältniss sich mehr der letzten Periode nähert, weil diese einen grösseren Theil bestimmter Fälle stellte. Es ergiebt sich dann mit Verkürzung der Krank-

heitsdauer vor der Einlieferung ein zunehmendes Sinken des Verhältnisses der Ledigen zu den Verheiratheten, und zwar ziemlich gleichmässig bei den Männern und Frauen. Das Verhältniss bei 1jähriger Krankheitsdauer bei den Frauen ist sogar etwas unter der Bevölkerung, bei den Männern ist jedoch der Abstand noch bedeutend. Um die Betheiligung der einzelnen Altersstufen an dieser vermehrten Krankheitsdauer vor der Einlieferung hervortreten zu lassen, haben wir die Ziffern der einzelnen Altersstufen der m hr als 1jährigen Krankheitsdauer im Verhältniss zur Ziffer der bis 1jährigen Krankheitsdauer derselben Altersstufe, diese = 100 berechnet.

Tab. 40.

Krankheitsdauer.

	Ledig.						Verheirathet.					
	bis 1jährig.		bis 3jährig.		über 3-jährig.		bis 1-jährig.		bis 3-jährig.		über 3-jährig.	
	M.	Fr	M.	Fr.	Fr.	M.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
— 30 Jahr	100	100	53	33	64	46	100	100	42	30	50	46
— 50 Jahr	100	100	40	85	35	74	100	100	42	32	32	18
über 50 Jahr	100	100	45	54	9	8	100	100	24	34	9	4
Summa	100	100	47	43	51	47	100	100	33	32	27	20

Es ergiebt sich dann, dass für die Männer — 30 Jahre das von *Hagen* angegebene Verhältniss zutrifft, dass sie, an und für sich die grösste Zahl der ledigen Männer, für die bis und über 3jährigen einen viel höheren Procent-Satz, als irgend eine Stufe der Verheiratheten und Ledigen stellen. Für die Frauen trifft dies jedoch nicht in dem Maasse zu. Die bis 30jährigen mit mehr als 1jähriger Krankheitsdauer liefern in der letzten (mehr als 3jährigen Dauer) Colonne allerdings auch mehr als die bis 50jährigen bei den Verheiratheten, welche hier durch ihre Zahl den Ausschlag geben; dagegen gehören die meisten veralteten Krankheitsfälle den bis 50jähtigen Ledigen an. Es wirft dies zugleich einen Blick auf den Grund der Nichteinlieferung in die Anstalt. Diese ledigen 31—50jährigen werden schwerlich aus übermässiger Zärtlichkeit zu Hause zurückgehalten. Wahrscheinlich werden sie so lange ertragen, als irgendwie möglich, um

Ausgaben zu vermeiden, bis zuletzt die Einlieferung sich durch Zwang geltend macht. Eine Verwerthung dieser Verhältnisse würde ergeben, dass von diesen 30—50jährigen nur ein sehr kleiner Theil bei nicht stattgefundener Krankheit zu den Verheiratheten in Abgang gekommen sein würde, dass von den bis 30jährigen, so wie bei den Männern nur ein so grosser Theil in Abgang gebracht werden dürfte, als dem Abgang der gesunden Bevölkerung der betreffenden Altersstufe in den Ehestand entspricht, und dass daher das Missverhältniss des Ueberwiegens der Ledigen über die Verheiratheten im Verhältniss zur Bevölkerung für die Männer in hohem Grade, für die Frauen auch noch bestehen bleibt.

Um den Gegenstand von einer anderen Seite zu untersuchen, haben wir die Fälle mit dem Ausgang in Genesung, die Rückfälle eingeschlossen, auf den einzelnen Altersstufen je nach den Ledigen und Verheiratheten zusammengestellt, da ja im Grossen der Ausgang in Genesung ein gutes Zeichen für eine kürzere Krankheitsdauer ist. Das Resultat liefert

Tab. 41.

Geheilte bei Ledigen und Verheiratheten je nach dem Lebensalter (mit Rückfällen).

	Ledige.		Verheirathete.		Ledige.	Verheirathete.
	M.	Fr.	M.	Fr.	Summa.	Summa.
— 30 Jahr . .	137	85	14	25	222	39
— 50 Jahr . .	57	19	93	86	76	179
über 50 Jahr . .	7	4	35	32	11	67
Summa	201	108	142	143	309	285

Stellen wir nun darnach das Verhältniss der Ledigen zu den Verheiratheten fest, so ist es bei den Männern 59, bei den Frauen 43, Summa 52 Procent. Es stimmt dies also genau mit dem eben Ausgeführten überein und bleibt das Resultat über die Bevölkerung zu Gunsten der Ledigen. Sucht man zu ermitteln, auf welchen Altersstufen die geringsten Heilungs-Procente, also die meisten veralteten Fälle sich ergeben, stellt man also die Stufen der Heilungen mit den entsprechenden Werthen der Erkrankungen zusammen, so ergiebt sich aus Tabelle 41. und Tabelle 42.,

Tab. 42.

	Summa der Aufgenommenen mit Rückfällen (nach erfolgter Heilung).			
	Ledige.		Verheirathete.	
	M.	Fr.	M.	Fr.
— 30 Jahr .	439	233	48	78
— 50 Jahr .	167	83	274	248
über 50 Jahr .	22	22	108	81
Summa	628	338	430	407

welche die von 1846—1864 Aufgenommenen mit den nach erfolgter Heilung wiederholt Aufgenommenen enthält Tabelle 43.:

Tab. 43.

Geheilte bei Ledigen und Verheiratheten je nach dem Lebensalter.

	Procente der Heilungen.			
	Ledige.		Verheirathete.	
	M.	Fr.	M.	Fr.
— 30 Jahr .	31	36	29	32
— 50 Jahr .	34	23	34	35
über 50 Jahr .	32	18	32	40
Summa . .	32	32	33	35

Es ergiebt sich dann genau das oben Ausgeführte. Die ledigen Männer bis 30 Jahr, also in einem der Heilung günstigen Alter, zugleich durch ihre Zahl den Ausschlag gebend, liefern weniger Heilungen, als die übrigen Ledigen, zugleich weniger, als die den Ausschlag gebenden Verheiratheten auf der Stufe von 30 bis 50 Jahr. Bei den Frauen dagegen steht das bis 30jährige

Alter hoch, dagegen das 30—50jährige bietet an und für sich sehr niedrige Zahlen und namentlich in Bezug zu den Verheiratheten derselben Altersstufe. Auch die Summe der einzelnen Kategorieen zeigt hier wiederum, wo die grössten Heilungs-Procente, also die meisten frischen Fälle sich befinden.

Es dürfte nach Allem keinem Zweifel unterliegen, dass die Ledigen, auch die frischen Fälle die Summe der Verheiratheten und Verwittweten im Verhältniss zur Bevölkerung überwiegen. Bei den Männern findet dies in so hohem Grade statt, bei den Frauen, wie es scheint, nur in mässigem.

Ueber den Maassstab, den wir zur Aufklärung dieses Verhältnisses anlegen, kann nach dem früher Ausgeführten wohl kein Zweifel sein. Es ist derjenige, der mehr als irgend ein anderer Auskunft über die eigentliche Prädisposition zur Geistesstörung giebt, das Lebensalter.

Tabelle 44. enthält die einzelnen Altersstufen der Erkrankung soweit zu ermitteln für sämmtliche Anfälle, wie sie zur Aufnahme gelangten, je nach den Ledigen und Verheiratheten, je nach den zum ersten Mal und den wiederholt Aufgenommenen. Es ergiebt sich dann wieder für die ersten Anfälle dasselbe wiederholt hervorgetretene Verhältniss für die ersten Aufnahmen, obgleich das Material der Ausdehnung nach ein verschiedenes war, worauf wir hier, mit Rücksicht auf das (Seite 123 ff.) Gesagte, speciell aufmerksam machen, nämlich ledige Männer 63,2, Frauen 46,5; die kleinen Verschiedenheiten erklären sich wiederum sogar als nothwendig aus den verschiedenen Verhältnissen, unter denen sich die der Berechnung unterworfenen Theile befanden, hier nämlich in höherem Grade den letzteren Jahren angehörend, als bei der unterschiedslosen Zusammenstellung. Dagegen ergiebt sich auch sofort, wie gerechtfertigt die Trennung der wiederholten Aufnahmen wenigstens für die Männer war, bei denen die betreffenden Zahlen: Männer 53,2, Frauen 44 sind.

Tab. 44.

Lebensalter der Erkrankung bei der Aufnahme je nach Ledigen und Verheiratheten.

Jahre.	Ledige.						Verheirathete.						Ledig.	Verheira-thet.	1. Anfall.	
	1. Anfall.		Rückfall.		Summa.		1. Anfall.		Rückfall.		Summa.				Ledig.	Verheira-thet.
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr	M.	Fr.	M.	Fr.	Sa.	Sa.	Sa.	Sa.
0—14	14	8	—	—	14	8	2	1	—	—	2	1	22	3	22	3
15—20	146	86	13	6	159	92	3	7	—	—	3	7	251	10	232	10
21—25	227	102	11	9	238	111	9	36	—	1	9	37	349	46	329	45
26—30	153	71	13	3	166	74	36	62	2	2	38	64	240	102	224	98
31—35	86	44	16	2	102	46	83	61	6	3	89	64	148	153	130	144
36—40	66	36	12	7	78	43	84	80	12	10	96	90	121	186	102	164
41—45	23	21	5	5	28	26	60	72	18	3	78	75	54	153	44	132
46—50	19	14	6	2	25	16	58	66	11	8	69	74	41	143	33	124
51—55	11	12	5	—	16	12	38	39	12	7	50	46	28	96	23	77
56—60	7	6	2	2	9	8	39	24	10	7	49	31	17	80	13	63
61—65	5	9	—	—	5	9	16	15	1	4	17	19	14	36	14	31
66—70	1	—	—	—	1	—	10	8	1	1	11	9	1	20	1	18
71—0	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	3	—	—	3	—	3
Summa	758	409	83	36	841	445	441	471	73	46	514	517	1,286	1,031	1,167	912

Stellt man aus der Tabelle 44. für die ersten Aufnahmen je für die unter 30jährigen, 31—50jährigen, über 51jährigen das Verhältniss der Ledigen zu den Verheiratheten zusammen und setzt dahinter das Verhältniss, welches die einzelnen Altersstufen überhaupt an Geisteskranken liefern, so ergiebt sich Folgendes:

	Verhältniss der erkrankten Ledigen zu den Verheiratheten auf den einzelnen Altersstufen.							
	Ledig.	Verheirathet.		Ledig.	Verheirathet.		Ledig.	Verheirathet.
Männer bis 30 Jahr	91,5	8,5	— 50 Jahr	40,5	59,5	über 50 Jahr .	16,9	83,1
Frauen	71,6	28,4		29,2	70,8		24	76
Summa	83,8	16,2		35,4	64,6		21	79

	Procent-Sätze der einzelnen Altersstufen überhaupt an der Summe der Geisteskranken.				
— 30 J. M.	52,4	— 50 Jahr.	37,9	über 50 Jahr.	9,1
Fr.	48,4		41,1		10,5
S.	50,9		39,3		9,7

Eine volle Einsicht würde man allerdings erst gewinnen, wenn man die Vertheilung der gesunden Bevölkerung auf den einzelnen Altersstufen je nach Ledigen und Verheiratheten wüsste. So lange diese fehlt, muss man es als sehr wahrscheinlich betrachten, dass unsere Vertheilung der Geisteskranken je nach Ledigen und Verheiratheten sie wiedergiebt, nach Abzug derjenigen geringen Zahl, welche unheilbar geblieben an dem Abgange zu den Verheiratheten, dem Procent-Satze der betreffenden Altersstufe entsprechend, gehindert ist. Wenn man nun bedenkt, dass die ledigen Männer zunächst unter 30 Jahren 91,5 Procent der gesammten Erkrankung bis dahin, welche 52,4 Procent der Gesammterkrankung beträgt, für sich in Anspruch nehmen, dass dann weiter dazu kommen 40,5 Procent von den bis 50jährigen, welche 37,9 Procent der Gesammterkrankung ausmachen, endlich noch 16 Procent von den über 50jährigen, welche 9 Procent der Gesammterkrankung ausmachen, so ist damit mit Nothwendigkeit das Resultat 63,2 Procent der gesammten männlichen Erkrankung für die Ledigen gegeben. Dasselbe mathematische Gesetz wiederholt sich dann für die anderen Kategorieen.

Der Grund des Uebergewichts der Ledigen liegt also in der früheren Altersstufe, auf der sie sich befinden, was allerdings den

bisherigen Forschern bei der Annahme der Präponderanz des Alters von 30—40 oder 30—50 Jahren entgehen musste.

Für die wiederholten Aufnahmen gestalten sich die Verhältnisse anders. Berechnet man dem Obigen entsprechend des Beispiels halber für die männlichen Geisteskranken das Verhältniss der Ledigen und Verheiratheten auf den einzelnen Altersstufen und den Procent-Satz der einzelnen Altersstufen an den gelieferten Krankheitsfällen nach Tabelle 44., so ergiebt sich Folgendes:

Verhältniss der Ledigen zu den Verheiratheten.		Procente der Erkrankungen auf den einzelnen Altersstufen.
— 30 Jahr	. . . 95 : 5	25.
— 50 -	. . . 45 : 55	55.
über 50 -	. . . 77 : 20	20.

Hier kann es den Ledigen, um zu einer hohen Zahl zu kommen, nicht viel nützen, dass sie bis zu 30 Jahren 95 Procent aller Erkrankungen für sich haben, da diese Zahl bis zu 30 Jahren nur 25 Procent der Gesammterkrankungen beträgt.

Die Gesammtsumme der ledigen Männer bringt es daher auch nur zu 53,2 Procent (die ersten Anfälle auf 63,2).

Bezüglich Beurtheilung der betreffenden Civilstandsverhältnisse der in der Bevölkerung gezählten Geisteskranken kommt noch ein Umstand von grossem Gewicht in Betracht, den *Jung* (Ztschr. XXIII. S. 232) mit Recht hervorhebt. Es leben nämlich nach ihm die ledigen Geisteskranken länger, als die anderen. Wir nehmen aus dem Grunde eine längere mittlere Krankheitsdauer bis zum Tode der ledigen Geisteskranken an, weil die Erkrankung durchschnittlich auf einer früheren Altersstufe stattfindet (s. Späteres). Von den von *Jung* angeführten Momenten verdient das eine eine besondere Berücksichtigung, dass bei der Aufnahme in die Anstalt zu Leubus der Antheil der Ledigen 45,7, der Irren in der Bevölkerung dagegen 60,5 Procent des Gesammtantheils zeigte. Ein wie grosser Antheil diesem von *Jung* hervorgehobenen Momente, ein wie grosser dem oben besprochenen von *Hagen* gebührt, geht natürlich nicht aus den Zahlen hervor. — Da wir bei unseren Auseinandersetzungen uns nur auf die in Anstalten Aufgenommenen beziehen und diese auf die Zahl der gleichzeitig Erkrankenden zurückzuführen suchen, so hat dies Moment für uns wenig Gewicht.

Für die vollständige Vergleichung der betreffenden Verhältnisse in verschiedenen Ländern wäre also eine genaue Kenntniss der Vertheilung des Civilstandes auf die einzelnen Altersstufen

erforderlich. Eine weitere Berücksichtigung erfordert aber die Betheiligung der höheren Altersklassen an der über-14jährigen Bevölkerung. Da diese nämlich in so geringem Maasse ihr Contingent zu den Geisteskrankheiten stellen, so wird deren stärkere Betheiligung die Zahl der Verheiratheten herabdrücken. Es ist daher erklärlich, dass zwei Länder, welche das Verhältniss der Ledigen zu den Verheiratheten gleichmässig enthalten, doch aus den bemerkten Gründen, wegen des verschiedenen Heirathsalters und der verschiedenen Vertretung der höheren Altersklassen, verschiedene Verhältnisse der Geisteskranken für den einzelnen Civilstand stellen können. So stehen in Tabelle 37. die Männer für Sachsen und Schlesien einerseits und Rheinland und Westfalen andererseits sich ziemlich gleich und in Tabelle 37a 1. Abtheilung stehen im Gegentheil Westfalen und Sachsen einerseits und Schlesien und Rheinland andererseits sich viel näher. Bayern bietet mehr Ledige als Westfalen und steht doch für diese (2. Abtheilung) niedriger als Westfalen. Vor allzu minutiösen Vergleichungen der Zahlen wird man sich auch aus dem Grunde hüten, weil in Irsee und Sachsen die Epileptischen, Idioten nicht ausgeschlossen sind, ferner wegen der wiederholten Anfälle, welche, dem Obigen entsprechend, bei verschiedenem Heirathsalter grössere Verschiedenheiten darbieten können.

Bei den Frauen lassen sich die erwähnten Gesichtspunkte ebenfalls verfolgen. Aus dem 1. derselben, dem 1. Culminiren der Geisteskrankheiten bei ihnen im Alter von 21 — 25 Jahren, jedoch weniger bedeutend und aus ihrem früheren Heirathen ergiebt sich zum Theil das geringere Hervortreten der Ledigen als bei den Männern. Es kommt jedoch noch die 2. Steigerung bei ihnen im Alter von 36—40 Jahren und früher bei den Erblichen. Diese begünstigt überwiegend die Verheiratheten. Von den 41 Procent der Betheiligung der Altersstufe von 31—50 Jahren an der Gesammterkrankung der Frauen, nehmen die Verheiratheten und Verwittweten 70,8 Procent in Anspruch. Es wird daher bei der Vergleichung der Resultate verschiedener Länder neben dem 1., dem Heirathsalter, der 2. der erwähnten Gesichtspunkte, die verschiedene Betheiligung der höheren Altersklassen, hier vorzugsweise zu erwägen sein. Wo etwa die weibliche erwachsene Bevölkerung oder ein gewisser Theil derselben um das 36.—40. Lebensjahr vorzugsweise culminirt, da ist die Erkrankungs-Disposition derselben, oder des betreffenden Theils eine viel grössere, als wo sie nach dieser Periode fällt. Gehen wir die Tabelle 37. bei den Frauen durch, so stehen wieder Rheinprovinz und West-

falen nach der einen, und Sachsen und Schlesien nach der anderen Richtung der Reihe, welche die Betheiligung des Civilstandes ausdrückt. Es stehen nun in Tabelle 37a. Westfalen und die Rheinprovinz sich ausserordentlich nahe, so dass man annehmen muss, dass der Umstand, der bei den Männern trotz der gleichen Bevölkerungsziffer, die Verschiedenheit der Geisteskrankheiten bedingte, nämlich das spätere Heirathsalter in Westfalen, besonders dem alten Ackerbau treibenden mit seinem untheilbaren Grundbesitz, für die Frauen in Wegfall kommt. Sachsen hat wieder auffallende Zahlen, und müssen frühere Bedenken (Epileptische, Idioten) wieder vorgebracht werden. Leubus mit seiner etwas geringeren Betheiligung der Ledigen in der Bevölkerung giebt für die ledigen Geisteskranken einen geringeren, Irsee mit der höheren Betheiligung der ledigen Bevölkerung giebt für die ledigen Geisteskranken einen höheren Satz, als Westfalen. Beides ist aus dem vorliegenden Gesichtspunkte erklärlich, wenn man annimmt, dass in Schlesien früher, in Bayern später geheirathet wird.

Der weiter hervorgehobene Gesichtspunkt, der aus dem Culminiren des Lebensalters einer bestimmten Gruppe, um das Alter von 31—40 Jahren, oder nach dieser Zeit hergenommen wird, hat seine besondere Bedeutung für die Wittwen. Schon das Verhältniss ihrer Zahl zu der der Verheiratheten wäre vielleicht aus diesem Grunde erklärbar. Nimmt man zum Beispiel an, dass bei ihrer offenbaren Hülflosigkeit, Entbehrungen, Armuth etc., ihre Lebenszeit durchschnittlich die Jahre von 31—50 unserer Bevölkerungstabelle ausfüllt, während die verheiratheten Frauen die Zeit von 26 bis 0 in Anspruch nehmen, so recrutiren sich nach Tabelle 36. die Wittwen aus einem Bevölkerungsantheil von 22,63 Procent, die verheiratheten Frauen von 44,68 Procent. Die Ersteren würden, wenn allein das Lebensalter nach Tabelle 34. den Ausschlag gäbe, mit 41,1 Procent, die Letzteren mit 66,6 Procent sich betheiligen. Die je 1. Ziffer in die letzte dividirt, würde für die Wittwen eine Prädisposition von 18,2, für die verheiratheten Frauen von 14,9 ergeben. Wenn nun bei diesem Vergleich einer und derselben Bevölkerung nicht zu läugnen ist, dass schlechte Lebensverhältnisse, welche die Lebensdauer verkürzen, auch solche Ernährungsstörungen des Gehirns bedingen können, welche Geisteskrankheiten hervorrufen, so ergiebt sich doch, dass diese Zahlen nicht den reinen Ausdruck jenes Einflusses der Noth etc. abgeben, und dass dem Lebensalter vielleicht doch der 1. Rang zukommt. Bezüglich des Vergleichs verschiedener Bevölkerungen wäre, wenn hinreichend grosse Zahlen vorhanden wären, diese

Breite des Lebensalters der Wittwen gewiss von grossem Belang. Wenn zum Beispiel in Bayern so viele ledige Frauen sind, späte Heirathen stattfinden und die Wittwen durchschnittlich nach dem 40. Jahre alt sind, so wäre ihr Zurückstehen einerseits vor den verheiratheten Frauen, und andererseits vor den Wittwen anderer, verschieden davon situirten Länder erklärt. —

Zu bemerken ist übrigens noch ein principielles Gebrechen, an welchem alle bisherigen Zusammenstellungen des Wittwenstandes leiden. Man sollte nämlich eigentlich, wenn überhaupt nur die 1. Anfälle, auch nur den Civilstand zur Zeit des 1. Anfalls berücksichtigen.

Will man daher künftighin den Gründen der verschiedenen Betheiligung des einzelnen Civilstandes an der Summe der Geisteskranken näher nachforschen, so muss in 1. Linie die Forderung gestellt werden, je für die an Geistesstörung Erkrankten, je nach dem Alter der Erkrankung und für die gesunde Bevölkerung das Alter und den Civilstand genau festzustellen, um so endgültig bis in alles Detail die Frage zu entscheiden, ob zur Erklärung der Erkrankungshäufigkeit jedes einzelnen Civilstandes noch andere Momente herangezogen werden müssen, als die Erkrankungshäufigkeit der einzelnen Altersstufen, an denen sich jeder Civilstand betheiligt.

Vor der Hand ist von dieser Seite her den psychologischen Auffassungen für die Aetiologie der Geisteskrankheiten der Halt entzogen. Die Theorieen von Ausschweifungen und unbefriedigter Liebessehnsucht bei den Ledigen, von Hauskreuz, Eifersucht, nagendem Kummer etc. bei den Verheiratheten, entsprechen einer thatsächlichen, durch exacte Zahlen gestützten Auffassung nicht. Der Umstand des Ledig- oder Verheirathetseins scheint für die Aetiologie gleichgültig oder zufällig. Der organische Process, der mit der Lebensentwickelung gegeben und an ein bestimmtes Lebensalter gekettet ist, scheint das ausserordentliche Uebergewicht zu haben, wo nicht im Grossen und Ganzen das allein Maassgebende zu sein.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme in die Anstalt (auch mit den ungeheilt Rückfälligen und Epileptischen).

Tab. 45 a.

	1836—1864.			1856—1860.			1861—1864.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
— 1 Monat	107	64	171	29	23	52	36	21	57
— 2 Monat	194	158	352	28	14	42	24	40	64
— 3 Monat				19	15	34	21	15	36
— 6 Monat	175	153	328	34	37	71	30	28	58
— 9 Monat	130	109	239	25	18	43	29	22	51
— 1 Jahr .	106	65	171	20	12	32	24	12	36
— 1½ Jahr .	181	128	309	23	18	41	17	13	30
— 2 Jahr .				12	12	24	14	11	25
— 3 Jahr .	274	170	444	19	12	31	23	14	37
— 5 Jahr .				25	11	36	23	9	32
— 10 Jahr .	133	99	232	23	16	39	23	16	39
über 10 Jahr .	132	79	211	29	17	46	26	11	37
Summa .	1,432	1,025	2,457	286	205	491	290	212	502

Zahl der von Kindheit an Blödsinnigen = 2 Procent (62).
Zahl der Epileptischen = 4½ Procent (133).

Tab. 45.

	1836—1864.			1856—1860.			1861—1864.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M	Fr.	S.
— 6 Monat. .	476	375	851	110	89	199	111	104	215
— 1 Jahr. . .	236	174	410	45	30	75	53	34	87
über 1 Jahr. . .	720	476	1,196	131	86	217	126	74	200
Summa .	1,432	1,025	2,457	286	205	491	290	212	502

Die Tabelle 45. und für kürzere Zeiträume 45a. giebt Auskunft über die Krankheitsdauer vor der Aufnahme in die Anstalt, soweit diese mit einiger Sicherheit ermittelt werden konnte. Es sind die Epileptischen mit aufgeführt (Zahl 133 = 4½ Procent der

Gesammtaufnahme). Dagegen sind die von Kind an Blödsinnigen (Zahl 62 = 2 Procent) nicht mit aufgeführt, da deren Krankheitsdauer sich von selbst versteht. Es sind sämmtliche Aufnahmen, auch sämmtliche wiederholte Aufnahmen, so weit deren Erkrankungszeit zu ermitteln, berücksichtigt. Von 596 Krankheitsfällen konnte die Erkrankungszeit nichthinreichend genau ermittelt werden.

Nach dem (Seite 123 ff.) Ausgeführten sind die wirklichen Verhältnisse etwas ungünstiger, als es nach der Tab. 38. scheint, indem die Fälle mit unbekannter Krankheitsdauer in höherem Grade den älteren Fällen angehören. Die letzten Zeiträume werden in geringerem Grade von dieser Störung betroffen. So sind in dem von 1861—1864 nur 10 Fälle mit unbekannter Krankheitsdauer.

Die 3 letzten Zeilen der unten folgenden Tabelle zeigen die Procent-Verhältnisse an, zunächst son 1836 bis 1864, dann von 1856 bis 1860 und 1861 bis 1864. Es macht sich dann eine erfreuliche Verbesserung, eine schrittweise Zunahme der frischen Fälle bemerklich. Während die Zahl bis zu 1jähriger Krankheitsdauer der Gesammtzeit von 1836 bis 1864 — 51,3 Procent der Gesammtaufnahme beträgt, beträgt sie von 1856 bis 1860 — 55,8 Procent, von 1861 bis 1864 60 Procent. Die Zahl der unter-6monatlichen Fälle ist von dem Satze der Gesammtzahl 34,6 Procent auf 42,8 für 1861 bis 1864 gestiegen.

Vergleicht man diese Zahlen mit einigen anderweitigen Angaben, so giebt *Martini* in den genannten Berichten folgende Verhältnisse an in Fälle

	— 6 Monat.	— 1 Jahr.	Summa 0—1 Jahr.	über 1 Jahr.
von 1830—1855	44,3	26,7	71,0	29
- 1856—1859	56,9	27,1	84	16
- 1860—1862	54,3	30,8	85,1	14,9
Ferner *Hagen* (Anst.-Bericht 1858)				
von 1849—1858	23,3	24,6	47,9	52
Güntz (Bericht)				
von 1836—1861	54,7	19,7	74,3	25,7
Marsberg				
von 1836—1864	34,6	16,7	51,3	48,7
von 1856—1860	40,5	15,3	55,8	44,2
von 1861—1864	42,8	17,3	60,1	40

Während bei *Günts* sich die Vortheile der erleichterten Aufnahme in der grossen Zahl frischer Fälle kund thun, dies in Schlesien durch den Mechanismus der Heilanstalt erzielt wird, erinnern die *Hagen*'schen Zahlen an die früheren Verhältnisse Marsbergs. Es müssen demnach, wenn man an die vielen Hindernisse denkt, die einer früheren Aufnahme in Westfalen in manchen Beziehungen entgegenstehen, vor Allem die Hartnäckigkeit in Vorurtheilen, geringe geistige Regsamkeit einer grösstentheils ackerbautreibenden Bevölkerung, und Zähigkeit einer zum Zahlen verpflichteten Landgemeinde, die 60 Procent frischer Fälle für die letzten Jahre, die nach Ausschluss der Epileptischen auf 63 steigen würden, als verhältnissmässig günstig bezeichnet werden. Es gebührt das Verdienst offenbar zum Theil dem Aufnahmemodus, der hier möglichst einfach ist. Es erfolgt dieselbe nämlich auf den Antrag des Bürgermeisters, mit Zugrundelegung des von einem Arzte ausgefüllten Fragebogens auf sofortigen Entscheid des Directors, indem die Genehmigung der Regierung nachträglich eingeholt wird. Die Gemeingefährlichen können auf ein Attest zweier Aerzte vom Landrath sofort der Anstalt überwiesen werden. Durch letzteres Verfahren werden freilich manche alte Fälle, jedoch auch eine grosse Anzahl ganz frischer zur Anstalt geliefert. Es müssen diese Vortheile der erleichterten Aufnahme denen gegenüber betont werden, welche noch in der neueren Zeit eine Erschwerung derselben befürworten. Glaubt man eine Controle nöthig zu haben, so möge man dieselbe nicht durch Maassregeln herbeiführen, welche eine der 1. Ursachen eines erspriesslichen Gedeihens des Anstaltslebens in ihrer Wirksamkeit herabsetzen, so richte man sie ein durch eine sachverständige Beaufsichtigung in der Anstalt (Dies war vor der Versammlung in Hildesheim 1865 geschrieben).

Krankheitsdauer bei Genesenen.

Die Verhältnisse der Genesungen sind natürlich der Gegenstand vielfacher irrenärztlicher Untersuchungen geworden, doch ist die Art dieser Untersuchungen und die Lossagung von der sonst in der Medicin gültigen Methode für die Psychiatrie sehr charakteristisch. Während nämlich bei der inneren Medicin es selbstverständlich ist, dass man bei der Untersuchung den ganzen Krankheitsprocess, auch den ausserhalb der Hospitalbehandlung gelegenen, zum Gegenstand der Untersuchung nimmt, dass man zum Beispiel die Dauer bis zum Eintritt der kritischen Tage bei der Pneumonie, die einzelnen Stadien beim Typhus, die Dauer eines Choleraanfalles bis zum Ende etc. nach dem Beginne der Krankheit und nicht nach dem Beginne des Hospitalaufenthalts berechnet, befolgt man in der Psychiatrie fast nur eine entgegengesetzte Methode. Man kennt fast nur den Einfluss der Anstaltsbehandlung. Der Eintritt in die Anstalt ist eine Scheidegrenze, nach der 2 Perioden der Krankheit berechnet und betrachtet werden, jede für sich und ohne mit der andern zu einem Ganzen verbunden zu werden. Die Anstalt allein ist das Heilung (dieser Ausdruck ist fast ausschliesslich in Gebrauch) bringende Element, von diesem Gesichtspunkte aus werden alle Resultate beleuchtet, die andere Ansicht, dass in dem Krankheitsprocesse selbst die Bedingungen zum Ablauf desselben und der spontane Eintritt der Genesungen liegen könne, dass die Anstalt vielleicht grösstentheils nur die günstigen Bedingungen zum Ablaufen dieses Processes, die Abhaltung von störenden Schädlichkeiten besorge, eine gewiss hinlänglich wichtige und zu dankenswerthen Resultaten führende Aufgabe, abgesehen von dem über Alles stehenden Interesse der Wahrheit, — die Berechtigung dieser Ansicht machte sich nicht geltend. So betrachtete man die Krankheitsdauer vor der Aufnahme und fand bei einer kürzeren eine grosse Anzahl von Heilungen, bei einer längeren eine geringe. Es schien hierdurch ohne allen Zweifel der Anstaltseinfluss dargethan, und doch sollte sich nach Analogie des mit naturgesetzlicher Nothwendigkeit erfolgenden Ablaufs anderer Krankheitsprocesse und wenn man Tabellen über die Dauer der Krankheit eingesehen hat, wie eine in Folgendem geliefert wird, sofort mit Uebergewicht die andere Ansicht aufdrängen, dass in den ersten 6 Monaten, vom Beginn des Krankheitsausbruches an gerechnet, an und für sich, und abgesehen vom Aufenthalte in der Anstalt, die grössere Zahl von Ge-

nesungen, vom 6. bis 12. Monat noch eine bedeutende, und bei der Dauer über ein Jahr nur eine geringe erfolge. Damit ist aber von selbst die Nothwendigkeit gegeben, dass von sämmtlichen Fällen, die man in den ersten 6 Monaten in Behandlung bekommt, eine grosse Zahl in Genesung übergeht; von denen, die bereits 6 Monate überschritten haben, wo Diejenigen, die draussen in den ersten 6 Monaten in Genesung übergegangen sind, fehlen, eine geringere und von denen über ein Jahr eine sehr geringe. Will man daher den Einfluss der Anstaltsbehandlung bestimmen, so kann das in letzter Instanz nur bei einem Vergleich der ganz oder theilweise draussen und der in der Anstalt gewesenen in Genesung übergegangene Fälle geschehen. Wir werden nachher einen derartigen Vergleich anstellen. Aus dem Gesagten ergiebt sich die hohe Wichtigkeit, die eine Tabelle über die Gesammtkrankheitsdauer vom Ausbruch der Seelenstörung, bis zum Eintritte der Genesung, haben muss.

Eine solche Tabelle erfordert zunächst eine genaue Feststellung des Beginnes der Krankheit.

Da bei der Dauer der Krankheit der Genesenen und dann auch noch der Todesfälle die Wichtigkeit der Bestimmung des Beginnes der Krankheit ganz besonders hervortritt, so mögen die nöthigen Bemerkungen darüber hier folgen. Wir stehen hier in der That den etwa zu machenden Einwürfen nicht so sicher gegenüber, als bei der Bestimmung des Lebensalters der Erkrankung. Es ist allerdings schwieriger, den Beginn einer Erkrankung nach Monaten und Wochen genau zu bestimmen, als nach 5jährigen Perioden das Lebensalter der Erkrankung. Es handelt sich hier besonders in der That weniger darum, eine Methode beizubehalten, die, wenn auch nicht dem Sachverhalte ganz entsprechende, doch ganz genaue Resultate ergäbe. Es ist im Gegentheil bei dieser Methode nach der Aufenthaltsdauer gar keine genauere Charakterisirung des Krankheitsprocesses, nicht einmal eine Uebereinstimmung der Resultate verschiedener Anstalten erzielt. Es handelt sich darum, nicht ohne weiteren Versuch eine Methode (nach der Krankheitsdauer) zu verlassen, die, wenn sie auch mit Schwierigkeiten verbunden, doch allein im Stande ist, ein reines, wenn auch vielleicht im Anfang nicht ganz helles Licht auf den Krankheitsprocess zu werfen und die nöthigen Handhaben für die Prognose zu gewähren. — Wir sind nun, entgegen *Thurnam*, von der Ansicht ausgegangen, dass der Beginn der Krankheit mit dem 1. Beginn der psychischen Veränderungen gegeben sei. Wir verkennen nicht die Möglichkeit einer entgegen-

gesetzten Ansicht, dass, wie zum Beispiel der Typhus oft wochenlang durch mancherlei Störungen gleichsam seinen Schatten vor sich herwerfe und nun erst von dem Moment des Ausbruchs an seine Stadien durchlaufe, es sich ebenso mit dem Processe der Geisteskrankheit verhalten könne. Es handelt sich darum, nach beiderlei Hinsicht den Versuch zu machen, und zu sehen, wo die Gesetzmässigkeit an sich und die Uebereinstimmung mit anderen Resultaten liege. Jene andere Methode führt jedenfalls die Gefahr mit sich, der Unbestimmtheit subjectiven Ermessens Thür und Thor zu öffnen.

Bei den Fällen mit selbstbeobachtetem Verlauf hat die Festsetzung des Beginns der Krankheit im Allgemeinen weniger grosse Schwierigkeiten, da die sonstigen Nachrichten noch durch die Angaben des Genesenen vervollständigt werden können. Bei den früheren wird man bei der bekannten, oft mangelhaften Beschaffenheit der Fragebogen vor Irrthümern überhaupt nicht ganz sicher sein, und in vielen Fällen auf die exacte Ermittelung des Anfanges der Krankheit verzichten müssen. Wir können uns in dieser Hinsicht auf das (Seite 123 ff) Gesagte beziehen.

Es werden auch bei der Ermittelung der Krankheitsdauer unterschiedslos angesammelte, vollkommen exacte, hinreichend zahlreiche Fälle vollkommen sichere Resultate ergeben. Eine Schwierigkeit ergiebt sich jedoch für eine Reihe von Fällen, zu denen vorzugsweise die Periodischen gehören. Einige Beispiele werden die Sache klarer machen. In der letzten Periode von 1861—1864 zum Beispiel sind eine Reihe von Fällen beobachtet worden, deren jeder aus Theilanfällen bestand, von 2- bis mehrwöchentlicher Dauer, ebenso langen oder kürzeren, zum Theil vollkommen freien Zwischenräumen, und Ende sämmtlicher Theilanfälle innerhalb Jahresfrist. Man wird hier offenbar die gesammte Dauer der Krankheit nach dem Beginne des 1. Anfalls und dem Ende des letzten berechnen. Wie ist es aber mit einem anderen Fall, der seit seinem 25. Jahre in ca. 5jährigen Zwischenräumen ohne ermittelte Ursache bis zum 50. Jahre, wo er wieder die Anstalt betrat, regelmässig einen Anfall bekam, der einem vollkommen freien Zwischenraum Platz machte. Man wird nicht umhin können, hier den Theilanfall bei der Statistik maassgebend sein zu lassen. Ferner erkrankt eine erblich sehr prädisponirte Frau im Jahre 1842 an periodischer Tobsucht, an Anfällen bis zu ½järiger Dauer, mit etwas kürzeren freien Zwischenräumen, verlässt 1847 die Anstalt, und bleibt vollkommen gesund bis zum Frühjahr 1859, wo ohne Ursache die Anfälle in derselben Form

3½ Jahr lang zurückkehren, um abermals auszubleiben. Hier gehören beide Reihen von Anfällen demselben Ganzen, entwickeln sich mit der Lebensentwickelung des Individuums, laufen ab, um vielleicht nochmals zurückzukehren, und doch ist man gewissermaassen berechtigt, eine Genesung von der 1. und 2. Anfallsreihe anzunehmen, da sie zum Beispiel von der 1. jedenfalls besser 12 Jahre lang restituirt war als manche nach dem Urtheile aus den Anstaltsverhältnissen genesen Entlassene. Man muss also hier grössere Theilganze berücksichtigen. Man kann ferner die sogenannt Periodischen nicht streng scheiden von einer Reihe Anderer, die man wohl nicht so nennen würde, zum Beispiel von einer Reihe solcher, die innerhalb 2 bis 4 Jahren 2, 3 und mehr Anfälle bis zu einjähriger und kürzerer Dauer oft in unregelmässigen Zwischenräumen überstehen und nun eine Reihe von Jahren, so lange man sie beobachtet, gesund bleiben. Das Moment des Erkrankens ohne nachweisbare Ursache, ist gewiss nicht maassgebend, da nach unserem Früheren in einem grossen Theil der Fälle die Erkrankung mit der Lebensentwickelung gegeben ist, mit derselben Nothwendigkeit, mit der zu einer anderen Epoche der Hoden Samen absondert. Auch selbst der Nachweis einer Ursache besagt hier wenig, da man auch bei allgemein anerkannt Periodischen nicht selten Ursachen des Anfalls nachweisen zu können glaubt, und das Hauptgewicht in allen Fällen auf den Zustand des Nervensystems zu legen ist, der die Ursache zur Wirksamkeit gelangen lässt. Es bleibt daher nichts Anderes übrig, als ohne vorgefassten Namen und Meinung die Fälle aufzufassen und zu kategorisiren, je nach den kleineren und grösseren Theilanfällen und nach der Beschaffenheit und Dauer der freien Zwischenräume, und daher bald den einzelnen Anfall, bald die gesammte Reihe von Anfällen, bald eine mittlere Bestimmung maassgebend sein zu lassen. Dieser Kategorie von sogenannten Periodischen gehört der bei weitem grösste Theil der Fälle mit sehr grosser Krankheitsdauer an. Die Aufstellung dieser langen Krankheitsdauer ist daher oft vollkommen gerechtfertigt. Da jedoch das Urtheil des beendigten Gesammtanfalls erst nach Jahren möglich ist, meist jedoch Nachrichten später fehlen, so haben wir die bestimmt als Periodisch zu bezeichnenden Fälle der früheren Perioden aus der Tabelle der Krankheitsdauer bei Genesenen fortgelassen. Die stehen gebliebenen mit sehr langer Krankheitsdauer verdanken dies wahrscheinlich nur dem Mangel hinreichend genauer Nachrichten.

Ausser der Festsetzung des Beginnes der Erkrankung erfordert die Tabelle der Krankheitsdauer auch, wenn sie einigermaassen

exact sein soll, eine solche des Endes derselben, indem der Termin der Entlassung bei Genesenen nicht als solcher gelten kann. Tabellen, die nach dem Termine der Entlassung entworfen sind, haben eine Menge von Irrthümern, die durch keine Correctur zu verbessern sind, und die namentlich den Vergleich mit Resultaten anderer Anstalten und Zeiten sehr beeinträchtigen. Der Zeitraum, der zwischen Genesung und Entlassung liegt, ist nämlich ein schwankender, richtet sich einmal nach dem Verlauf der Krankheit, ist kürzer, wenn diese glatt bis zu Ende verläuft und dann einem zweifellosen Stadium der Gesundheit Platz macht, ist länger, zum Beispiel wenn die Krankheit in Intermissionen und Paroxysmen verläuft, ferner wenn der Uebergang zur Genesung ein allmähliger, unter leichteren Exacerbationen schwankender ist, wo das Urtheil, ob noch ein Rest der Krankheit, oder ein normal launenhaftes, der Erziehung und Bildung mangelndes Gemüth vorliegt, oft sehr schwer ist.

Da mehrfach in dieser Arbeit von anderweitig, als nach den Anstalts-Tabellen festgesetzten Genesungen die Rede ist, so möge ein Widerspruch mit sonst mehrfach geäusserten Ansichten festgestellt werden. Es soll nämlich nach diesen Ansichten nur dort Genesung angenommen werden, wo eine vollständige Anerkenntniss aller Wahnideen, aller während der Krankheit hervorgetretenen Abnormitäten des Gemüths, der Zu- und Abneigungen, des Willens, als solcher vorliegt. Um den genesenen Kranken hierzu vollkommen zu befähigen, müsste er nicht nur ein gebildeter Mensch, sondern ein Psychiater sein. Er müsste ferner jene moralische Selbstverläugnung üben, die ihn die Collisionen objectiv betrachten lässt, die unter Umständen krankhafte im Gewande moralischer Verkehrtheit erscheinende Triebe mit Wärtern und sonstiger Umgebung hervorrufen und die dem Kranken gegenüber niemals der sehr gebildete Laie, und nur der Jahre lang praktisch geschulte Psychiater sich schwer erwirbt. Es ist daher Genesung in dem Falle angenommen, wo der frühere Zustand der Intelligenz und des Gemüths, Zu- und Abneigungen, normale und nachhaltige Interessen zur Arbeit, Haus und Familie neben Mangel der früher bestandenen positiv krankhaften Erscheinungen eingetreten sind. Seine Anerkenntniss geht so weit, als ihn der Zustand seiner Intelligenz und moralischen Selbstverläugnung befähigt. War er früher ein beschränkter, launiger, rechthaberischer, eigenes Unrecht nie anerkennender Mensch, so bleibt er es durch die Krankheit und damit verbundene Einflüsse vielleicht etwas gehoben, doch wesentlich ebenso nach der Heilung. Dieser Theil der Grundlage

des Urtheils betrifft den zeitweisen, augenblicklichen Zustand, ein ebenso wesentlicher ist die Zeit und die Rückkehr in die früheren Verhältnisse.

Die Zeit von der Genesung bis zur Entlassung hängt ferner von den häuslichen Verhältnissen ab, muss um derentwillen zuweilen beschleunigt, zuweilen, um Rückfälle zu verhüten, lange verzögert werden. Sie hängt ferner ab von den zufälligen Umständen, unter denen sich die Anstalt befindet, ob überfüllt, ob in der Nähe einer grossen Stadt, wo frische, schnell beendigte und schnell wieder ausscheidende Fälle vorkommen.

Aus alledem ergiebt sich, wie mannigfache Mängel jene Tabellen über Krankheitsdauer haben müssen, welche den Zeitpunkt der Entlassung allein berücksichtigen, und in wie viel höherem Grade sie jene haben müssen, welche nur einen zufälligen Theil des Krankheitsverlaufs, die Aufenthaltsdauer in der Anstalt zugleich mit jenen Mängeln wieder geben. Es gilt dies wenigstens von ihrem Werth zur Beleuchtung des Krankheitsprocesses selbst, den jene Tabellen haben sollen, obgleich sie immerhin eine gewisse Gesetzmässigkeit und daher administrative Wichtigkeit haben können, da die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei grossen Zahlen ja auch eine regelmässige ist, mithin der 2. Theil der Krankheitsdauer ebenfalls regelmässig sein muss.

Die Tabelle 46. giebt nun für den letzten 4jährigen Zeitraum von 1861—1864 die Krankheitsdauer bis zum Termine der stattgefundenen Genesung an. Das Ende dieser sämmtlich von mir beobachteten Fälle ist nach obigen Gesichtspunkten festgestellt. Es stimmt die Zahl nicht ganz mit den nach den Anstaltsacten Genesenen überein, weil bei einigen das vorläufig bei der Entlassung gefällte Urtheil sich bei dem weiteren Krankheitsverlaufe nicht bestätigte, und weil bei anderen der Uebergang zur Gesundheit wegen längere Zeit zurückbleibender, leichterer peripherisch nervöser Symptome und in Anbetracht vorhandener Temperaments- und Gemüthsmängel nicht genau zu fixiren war. Ausserdem ist zum Beispiel 1 Fall, der vollständig genesen war und dann an Pneumonie vor der Entlassung starb, hieher gerechnet. Die Tabelle kann nur der Vorwurf der kleinen Zahl treffen. Die 3. Abtheilung der Tabelle 46. giebt nun die Zahlen der Krankheitsdauer für alle Fälle an.

Tabelle 47. zeigt die Procent-Verhältnisse. Es ergiebt sich, dass von der Zahl aller Geheilten nahe 45 Procent innerhalb der ersten 6 Monate, 82 Procent innerhalb des ersten Jahres und nur 18 Procent nach einem Jahre geheilt sind.

Tab. 46.

Eigentliche Krankheitsdauer

1861 bis 1864.

	1.			2.			3.		
	Erblich.			Nichterblich			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
— 1 Monat	2	—	2	2	—	2	4	—	4
— 2 Monat	—	1	1	—	—	—	—	1	1
— 3 Monat	3	4	7	2	2	4	5	6	11
— 4 Monat	2	1	3	3	6	9	5	7	12
— 5 Monat	4	3	7	4	5	9	8	8	16
— 6 Monat	2	4	6	3	4	7	5	8	13
Summa — 6 Monat	13	13	26	14	17	31	27	30	57
— 7 Monat	2	4	6	1	1	2	3	5	8
— 8 Monat	4	—	4	2	2	4	6	2	8
— 9 Monat	3	3	6	1	1	2	4	4	8
— 10 Monat	4	3	7	1	2	3	5	5	10
— 11 Monat	2	—	2	—	4	4	2	4	6
— 12 Monat	2	2	4	2	1	3	4	3	7
Summa — 1 Jahr	17	12	29	7	11	18	24	23	47
Summa	30	25	55	21	28	49	51	53	104
— 1¼ Jahr	1	4	5	1	1	2	2	5	7
— 1½ Jahr	3	2	5	—	1	1	3	3	6
— 1¾ Jahr	1	2	3	1	1	2	2	3	5
— 2 Jahr	—	—	—	—	—	—	—	—	—
— 2½ Jahr	—	—	—	1	1	2	1	1	2
— 3½ Jahr	1	1	2	—	—	—	1	1	2
— 5 Jahr	1	—	1	—	—	—	1	—	1
Summa über 1 Jahr	7	9	16	3	4	7	10	13	23
Summa 1—5 Jahr	37	34	71	24	32	56	61	66	127

Tab. 47.

(Eigentliche Krankheitsdauer.)

Procent-Berechnung zur Summe aller Geheilten

(nach Tab. 46.).

	Erbliche.			Nichterbliche			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S	M	Fr.	S.
0— 6 Monate	35	38,2	36,5	58,3	53,1	55,4	44,3	45,5	44,9
6—12 Monate	46	35,3	40,8	29,2	34,4	32,1	39,3	34,8	37
über 1 Jahr	19	26,5	22,5	12,5	12,5	12,5	16,6	19,7	18,1

Tab. 48.

Procent-Berechnung zur Gesammtzahl aller Aufgenommenen.

	Erbliche.			Nichterbliche.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M	Fr.	S	M.	Fr.	S.
Gesammtzahl ...	122	96	218	137	99	236	259	195	454
0— 6 Monat	10,7	13,5	11,9	10,2	17,2	13,1	10,4	15,4	12,5
6—12 Monat	13,9	12,5	13,3	5,1	11,1	7,6	9,3	11,8	10,4
über 1 Jahr	5.7	9,4	7,3	2,2	4	2,1	3,9	6,7	5,1
Summa..	30,3	35,4	32,5	17,5	32,3	22,8	23,6	33,8	28

Das Verhältniss der Geschlechter ist jedoch ein verschiedenes. Es ergiebt sich am besten aus der directen Procent-Berechnung zu den Aufgenommenen, welche in der Tabelle 48. aufgeführt ist Es sind hier von sämmtlichen Aufgenommenen die Epileptischen, Blödsinnigen und die nach nicht erfolgter Heilung wiederholt Aufgenommenen in Abzug gebracht. Es ergeben sich dann bis zu 6 Monaten 12,5 Procent, bis zu 1 Jahr 22,9 Procent, und über 1 Jahr noch 5,1 Procent Genesungen. Der Unterschied der Geschlechter ist hier wohl wegen des Zufalls der kleinen Zahl ein anderer, als er sonst ist, es ergeben sich ferner die Eigenthümlichkeiten, dass die Frauen in den ersten 6 Monaten überwiegen, dass dies Ueberwiegen von 6 Monaten bis zu einem Jahre ein geringeres, dass es nach einem Jahre das bedeutendste ist. Es

muss dabei in Erwägung gezogen werden, dass bis zu 6monatlicher Krankheitsdauer vor der Aufnahme, die Männer 38, die Frauen 49 Procent, von 6 Monaten bis 1 Jahr die Männer 18, die Frauen 16 Procent, über 1 Jahr die Männer 44, Frauen 35 Procent (nach Tabelle 45.) aller Aufnahmen stellen. Es würde daraus nach später noch Auszuführendem namentlich für die längere Krankheitsdauer der Frauen eine grössere Genesungsfähigkeit folgen.

Tab. 49.

Mittlere eigentliche Krankheitsdauer.

		Zahl der Monate zusammen.	Zahl der Personen.	Mittlere Krankheitsdauer.
Erblich.	Summa	695	71	9 Monat 23,7 Tg.
	Männer	376½	37	10 Monat 5,25 Tg.
	Frauen	318½	34	9 Monat 11 Tg.
Nichterblich.	Summa	428	56	7 Monat 19,3 Tg.
	Männer	178	24	7 Monat 12,75 Tg.
	Frauen	249	32	7 Monat 24 Tg.
Summa Summarum		1,122	127	8 Monat 25,3 Tg.
	Männer	554½	61	9 Monat 2,7 Tg.
	Frauen	567½	66	8 Monat 18 Tg

Die mittlere Krankheitsdauer ergiebt sich aus Tabelle 49. Sie ist so berechnet, dass jedesmal die Mitte des fraglichen und des vorhergehenden Termins angenommen wurde, so zum Beispiel für — 6 Monat = 5½ Monat; — 1½ Jahr = 1¼ Jahr — 2½ Jahr = 2¼ Jahr, für — 3½ Jahr wurde angenommen 3¼ Jahr und für — 5 Jahr = 5 Jahr als diesem Termine sehr nahe kommend. Es ergiebt sich denn eine mittlere Krankheitsdauer von 8 Monat, 25,3 Tagen, und zwar ist dieselbe bei den Männern grösser als bei den Frauen.

Des Vergleichs halber lassen wir sämmtliche Verhältnisse in der Weise, dass die Krankheitsdauer bis zum Termine der Entlassung gerechnet ist, folgen.

Tab. 50.

1861—1864.	Erbliche.		Nichterbliche		Summa.	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
— 2 Monat . .	1	—	1	—	2	—
— 3 Monat . .	—	—	1	—	1	—
— 4 Monat . .	1	1	1	3	2	4
— 5 Monat . .	6	4	2	2	8	6
— 6 Monat . .	1	2	7	9	8	11
— 7 Monat . .	2	6	1	1	3	7
— 8 Monat . .	4	4	3	2	7	6
— 9 Monat . .	4	1	3	2	7	3
— 10 Monat . .	2	4	1	1	3	5
— 11 Monat . .	4	1	—	1	4	2
— 12 Monat . .	2	3	3	5	5	8
— 1¼ Jahr . . .	5	7	3	3	8	10
— 1½ Jahr . . .	1	2	1	1	2	3
— 2 Jahr . . .	2	2	1	2	3	4
— 3 Jahr . . .	—	1	2	1	2	2
— 5 Jahr . . .	2	1	—	—	2	1
Summa	37	39	30	33	67	72
	76		63		139	

Tab. 51.
Procent-Verhältnisse der Krankheitsdauer bei Geheilten nach der Entlassung aus der Anstalt (zur S. aller Geheilten).

	Erbliche.			Nichterbliche.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
— 6 Monat	24,3	18	21	40	42,4	41,3	31,3	29,2	30,2
— 1 Jahr	48,6	48,7	48,6	36,6	36,4	36,5	43,3	43	43,2
über 1 Jahr	27	33,3	30,3	23,3	21,2	22,2	25,4	27,8	26,6

Es ergeben sich dann nach Tabelle 51. (die nach Tabelle 50. angefertigt ist) von der Gesammtzahl der erfolgten Genesungen bis zu 6 Monat 31,3 Procent, bis zu einem Jahr 74,6 Procent, über 1 Jahr 26,2 Procent Es ergeben sich also natürlich für die längeren Termine grössere Procent-Zahlen, und liefert, entgegen dem früheren, der Zeitraum von 6 Monat bis zu 1 Jahr einen bedeutend grösseren Procent-Satz, als der bis zu 6 Monat. Dasselbe entgegengesetzte Verhalten liefert die directe Procent-Berechnung zu den Aufnahmen Tabelle 52.:

Tab. 52.

Heilungs-Procente zu den Aufnahmen nach dem Termine der Entlassung.

	Erblich. 1.			Nichterblich. 2.			Summa. 3.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
— 6 Monat	7,4	7,3	7,3	8,8	14	11	8,1	10,8	9,2
— 1 Jahr .	14,7	18,7	16,7	8,0	12,1	9,7	11,2	15,9	13,2
über 1 Jahr .	8,2	13,5	10,6	5,1	7,1	5,9	6,6	10,3	8,1
Summa	30,3	39,5	34,6	21,9	33,2	26,6	25,9	37,0	30,5

Bis zu 6 Monat 9,2 Procent, von 6 Monat bis 1 Jahr 13,2 Procent, also viel mehr, über 1 Jahr 8 Procent. Dies erklärt sich Alles aus dem verlängerten Aufenthalt in der Anstalt, dagegen bieten die Geschlechter unter sich ein Ergebniss dar, das sich, entgegen dem früheren, nur aus einem verschiedenen Verhalten derselben erklären lässt. Es zeigt sich nämlich mit der grösseren Krankheitsdauer ein gleichmässig stärkeres Ueberwiegen der Frauen, während dies bei der früheren reinen Berechnung von 6—12 Monat ein geringeres war. Es erklärt sich dies aus einer längeren Aufenthaltsdauer der Frauen nach erfolgter Genesung, so dass der grössere Ueberschuss bei einer geringeren Krankheitsdauer der Gruppe von 6 bis 12 Monat zu gute kommt und so deren geringeren Procent-Satz ausgleicht. Gründe für dies längere Zurückbleiben der Frauen in der Anstalt lassen sich wohl auffinden, wenn es auch nur bei vielen deren hülflosere Lage, ihre leich-

tere Entbehrlichkeit und grössere Fügsamkeit wären. — Die mittlere Krankheitsdauer für diese Art der Berechnung ergiebt sich aus Tabelle 53.:

Tab. 53.

Mittlere Krankheitsdauer nach dem Tage der Entlassung.

		Summa der Monate.	Zahl der Personen.	Mittlere Dauer.
Erblich.	Summa .	858½	76	11 Monat 9 Tg.
	Männer .	419½	37	11 Monat 10,1 Tg.
	Frauen .	439	39	11 Monat 8 Tg.
Nichterblich.	Summa .	605½	63	9 Monat 18,3 Tg.
	Männer .	291½	30	9 Monat 21,5 Tg.
	Frauen .	314	33	9 Monat 15,5 Tg.
Summa.	Summa .	1,464	139	10 Monat 16 Tg.
	Männer .	711	67	10 Monat 18,4 Tg.
	Frauen .	753	72	10 Monat 13,8 Tg.

Sie ist aus Tabelle 50. gemacht worden und zwar ist überall das Mittel aus der betreffenden und der vorigen Stufe der Krankheitsdauer genommen. Es ergiebt sich so als mittlere Krankheitsdauer 10 Monat 16 Tage, so dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Anstalt vom Termine der Genesung an bis zur Entlassung 1 Monat 21 Tage betragen haben muss. Es ergiebt sich denn dass merkwürdige Factum, dass der Unterschied dieser ganzen Krankheitsdauer bei Genesenen bei den Frauen ein viel geringerer ist, als bei der reinen Krankheitsdauer, so dass auch hieraus hervorgeht, dass die Aufenthaltsdauer in der Anstalt nach erfolgter Genesung bei den Frauen grösser ist, als bei den Männern.

Von den früheren Jahrgängen ist eine Tabelle der Krankheitsdauer der Genesenen bis zum genauen Termine der Genesung nicht zu geben. Dagegen giebt Tabelle 54. die Krankheitsdauer bis zum Termine der Entlassung von 1836 bis 1860, Tabelle 55. dieselbe von 1856 bis 1860, woraus Tabelle 56—59. berechnet sind.

Tab. 54.

Dauer der Krankheit bei den Genesenen bis zur Entlassung von 1836 bis 1860.

	Erblich.			Nichterblich.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
— 2 Monat	2	—	2	3	1	4	5	1	6
— 3 Monat	—	—	—	3	1	4	3	1	4
— 4 Monat	2	—	2	3	1	4	5	1	6
— 5 Monet	7	2	9	6	—	6	13	2	15
— 6 Monat	11	1	12	13	1	14	24	2	26
Summa	22	3	25	28	4	32	50	7	57
— 7 Monat	10	5	15	11	11	22	21	16	37
— 8 Monat	8	8	16	16	10	26	24	18	42
— 9 Monat	11	7	18	5	13	18	16	20	36
— 10 Monat	4	7	11	10	3	13	14	10	24
— 11 Monat	7	7	14	9	5	14	16	12	28
— 12 Monat	8	6	14	10	8	18	18	14	32
Summa	48	40	88	61	50	111	109	90	199
— 1¼ Jahr	15	15	30	17	15	32	32	30	62
— 1½ Jahr	12	5	17	13	12	25	25	17	42
— 2 Jahr	17	13	30	18	15	33	35	28	63
— 3 Jahr	17	12	29	13	10	23	30	22	52
— 5 Jahr	12	4	16	13	5	18	25	9	34
— 10 Jahr	4	1	5	2	3	5	6	4	10
über 10 Jahr	1	—	1	2	—	2	3	—	3
Summa	78	50	128	78	60	138	156	110	266
Summa Summarum	148	93	241	167	114	281	315	207	522

Tab. 55.

Dauer der Krankheit bei den Genesenen bis zur Entlassung von 1856 bis 1860.

	Erblich.			Nichterblich.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
— 2 Monat	—	—	—	1	1	2	1	1	2
— 3 Monat	—	—	—	—	1	1	—	1	1
— 4 Monat	1	—	1	2	—	2	3	—	3
— 5 Monat	2	1	3	—	—	—	2	1	3
— 6 Monat	3	—	3	5	1	6	8	1	9
Summa	6	1	7	8	3	11	14	4	18
— 7 Monat	4	3	7	6	4	10	10	7	17
— 8 Monat	2	3	5	3	1	4	5	4	9
— 9 Monat	4	2	6	1	4	5	5	6	11
— 10 Monat	—	—	—	3	1	4	3	1	4
— 11 Monat	1	3	4	2	1	3	3	4	7
— 12 Monat	1	1	2	2	2	4	3	3	6
Summa	12	12	24	17	13	30	29	25	54
— 1¼ Jahr	3	7	10	2	3	5	5	10	15
— 1½ Jahr	3	2	5	—	4	4	3	6	9
— 2 Jahr	3	2	5	3	6	9	6	8	14
— 3 Jahr	6	4	10	4	—	4	10	4	14
— 5 Jahr	3	—	3	2	—	2	5	—	5
— 10 Jahr	—	—	—	—	—	—	—	—	—
über 10 Jahr	—	—	—	2?	—	2?	2?	—	2?
Summa	18	15	33	13	13	26	31	28	59
Summa Summarum	36	28	64	38	29	67	74	57	131

Tab. 56. (nach Tab. 54.).

Procent-Verhältnisse zur S. aller Genesenen der Krankheitsdauer bis zum Termine der Entlassung 1836 bis 1860.

	Erblich.			Nichterblich.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
— 6 Monat	14,9	3,2	10,4	16,8	3,5	11,4	15,9	3,4	10,9
— 1 Jahr .	32,4	43	36,5	36,5	43,9	39,5	34,6	43,5	38,1
über 1 Jahr .	52,7	53,8	53,1	46,7	52,6	49,1	49,5	53,1	51

Tab. 57. (nach Tab. 54.)

Procent-Verhältnisse zu den Aufnahmen 1836 bis 1860.

(Gesammt-Zahl.)

Erbliche . . Männer 639, Frauen 449, — Summa 1,088.
Nichterbliche. Männer 825, Frauen 601, — Summa 1,426.

	Erblich.			Nichterblich.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
— 6 Monat	3,4	0,7	2,3	3,4	0,7	2,2	3,4	0,7	2,3
— 1 Jahr .	7,5	8,9	8,1	7,4	8,3	7,8	7,4	8,6	7,9
über 1 Jahr .	12,2	11,1	11,8	9,5	10	9,7	10,7	10,5	10,6
Summa	23,1	20,7	22,2	20,3	19,0	19,7	21,5	19,8	20,8

Tab. 58. (nach Tab. 55.).

Procent-Verhältnisse zur S. aller Genesenen 1856 bis 1860.

	Erblich.			Nichterblich.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
— 6 Monat.	16,7	3,6	10,9	21,1	10,3	16,4	18,9	7	13,7
— 1 Jahr	33,3	42,9	37,5	44,7	44,8	44,8	39,2	43,9	41,2
über 1 Jahr	50	53,6	51,6	34,2	44,8	38,8	41,9	49,1	45

Tab. 59. (nach Tab. 55.).
Procent-Verhältnisse zur S. aller Aufgenommenen 1856 bis 1860.

(Gesammt-Zahl.)

Erblich . . . Männer 126, Frauen 87, — Summa 213.
Nichterbliche . Männer 144, Frauen 112, — Summa 256.

	Erbliche.			Nichterbliche.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
— 6 Monat	4,8	1,1	3,3	5,6	2,7	4,3	5,2	2	3,8
— 1 Jahr .	9,5	13,8	11,3	11,8	11,6	11,7	10,8	12,6	11,5
über 1 Jahr .	14,3	17,2	15,5	9	11,6	10,2	11,5	14,1	12,6
Summa	28,6	32,1	30,1	26,4	25,9	26,2	27,5	28,7	27,9

Es ergiebt sich denn zunehmend je mehr rückwärts ein Zurückgehen der Fälle mit weniger als 6monatlicher Krankheitsdauer. Während bei einer Berechnung zu 100 aller Genesungsfälle die von 6 bis 12 Monaten sich wenig an Zahl ändern, fallen die bis 6monatlichen von 30,2 Procent während 1861 bis 1864, auf 13,7 während 1856 bis 1860, und auf 10,9 während 1836 bis 1860. Noch auffallender ist das Verhältniss bei den Geschlechtern. Während bei dieser selben Berechnung die Frauen von 1861 bis 1864 nur wenig zurückstehen (31,3—29,2), ist das Verhältniss während 1856—1860: 18,9—7, und von 1836 bis 1860: 15,9—3,4. Betrachtet man das Verhältniss der Geschlechter bei den directen Procent-Berechnungen zu den Aufgenommenen in der oben auseinandergesetzten Weise, wie es in Tabelle 57. und 59. ausgeführt ist, so ergiebt sich mit der längeren Krankheitsdauer ein Steigen der Frauen gegen die Männer, und zwar zeigt die Periode von 1836 bis 1860 das grösste Verhältniss für die Frauen von 6 Monat bis 1 Jahr, während die Periode von 1836 bis 1860, entsprechend der von 1861 bis 1864, das grösste Uebergewicht der Frauen, für die übereinjährigen Fälle ergiebt. Sämmtliche erwähnte Verhältnisse lassen sich daraus erklären, dass früher weniger unter-6monatliche Fälle eingeliefert sind (1836—1864: 34,6 Procent; von 1856—1860: 40,5 Procent; 1861—1864: 42,8 Procent), dann daraus, dass namentlich die Frauen früher weniger unter-6monatliche Fälle stellten, als späterhin; 1836—1864 war die Betheili-

gung der unter-6monatlichen Männer und Frauen = 33 Procent: 36,6, von 1861 bis 1864 = 38 Procent : 49 Procent, ferner aus dem Umstande, dass früher der Zeitraum von der Genesung bis zur Entlassung ein grösserer und dass das aus oben entwickelten Gründen bei den Frauen vorzugsweise der Fall war, endlich daraus, dass früher die Periodischen und hier namentlich bei den Männern weniger strenge ausgeschieden sind.

Es mag hier darauf aufmerksam gemacht werden, dass man nicht ohne Weiteres berechtigt ist, aus dem Umstande, dass die Frauen gegen die Männer bis zu 6 Monat weniger Genesungen liefern, als über 6 Monat, zu schliessen, dass die Krankheitsdauer bei ihnen überhaupt eine längere, die Zeit, die sie bis zur Genesung brauchen, eine grössere ist. Es werden, wie aus Vergleichung unserer Tabelle 48. und 51. hervorgeht, die frischen Genesenen in der Anstalt länger zurückbehalten, so wie anderswo vielleicht aus ländlichen, besonders ackerbauenden Bezirken weniger frische Fälle eingeliefert werden.

Gehen wir zur Betrachtung der mittleren Krankheitsdauer über, welche nach der obigen Methode für 1836 bis 1860 und 1856 bis 1860 ausgerechnet ist.

Tab. 60. und 61.:

Tab. 60. (nach Tab. 54.).

Mittlere Krankheitsdauer
1836 bis 1860.

		Zahl der Monate.	Zahl der Personen.	Mittlere Krankheitsdauer.
Erblich.	Männer .	2,847½	148	19 Monat 7,2 Tg.
	Frauen .	1,575½	93	16 Monat 28,3 Tg.
	Summa .	4,423	241	18 Monat 10,6 Tag.
Nichterblich.	Männer .	2,912	167	17 Monat 13,1 Tg.
	Frauen .	1,956½	114	17 Monat 5 Tg.
	Summa .	4,868½	281	17 Monat 9,8 Tg.
Summa	Männer .	5,759½	315	18 Monat 8,5 Tg.
	Frauen .	3,531	207	17 Monat 1,6 Tg.
	Summa .	9,290½	522	17 Monat 24 Tg.

Tab. 61. (nach Tab. 55.).
Mittlere Krankheitsdauer
1856 bis 1860.

		Zahl der Monate.	Zahl der Personen.	Mittlere Krankheitsdauer.
Erblich.	Männer .	500	36	13 Monat 26,7 Tg.
	Frauen .	348	28	12 Monat 13 Tg.
	Summa .	848	64	13 Monat 7,5 Tg.
Nichterblich.	Männer .	484½	36	13 Monat 13,8 Tg.*)
	Frauen .	352½	29	12 Monat 4,6 Tg.
	Summa .	837	65	12 Monat 26,3 Tg.
Summa	Männer .	984½	72	13 Monat 22,1 Tg.
	Frauen .	700½	57	12 Monat 8,7 Tg.
	Summa .	1,685	129	13 Monat 2 Tg.

Es ist nun zu bemerken, dass die 2 über10jährigen Männer bei 1856 bis 1860 sich bei nochmaliger Nachforschung ebenfalls als periodische Fälle ergeben haben und daher, da sie hier das Resultat, entgegen den anderen gesichteten Fällen, sehr beeinflussen würden, fortgelassen sind. Für 1836 bis 1860 sind sie stehen geblieben, da ihnen hier jedenfalls ähnliche der anderen Seiten gegenüberstehen. Es ergiebt sich denn, je weiter zurück, eine Vergrösserung der mittleren Krankheitsdauer von 10 Monat 16 Tage für 1861 bis 1864, auf 13 Monat 2 Tage für 1856 bis 1860 und 17 Monat 24 Tage für 1836 bis 1860. Es werden wohl namentlich die erwähnten Einflüsse hier maassgebend sein, die geringere Betheiligung frischer Fälle, die Verlängerung der Aufenthaltsdauer der Genesenen und der Mangel genügender Ausscheidung der Periodischen. Eine constante Erscheinung ist ferner, dass die Frauen eine geringere mittlere Krankheitsdauer haben, als die Männer und zwar in den früheren Perioden in höherem Grade. Es erklärt sich dies, wie ein Blick auf die Tabelle 54. und 55. ergiebt, daraus, dass wenn auch die Frauen verhältnissmässig mehr Fälle mit längerer Krankheitsdauer stellen, doch die mit

*) Es sind die 2 Ueber10jährigen fortgelassen, mit denen wäre die mittlere Krankheitsdauer 19 Monat 2 Tage.

der längsten sehr überwiegend und um so mehr in den früheren Perioden von den Männern geliefert werden.

Zur Beurtheilung der Fälle von Genesung mit längerer Krankheitsdauer, lassen wir, nach den Formen geordnet, die über-1jährigen Fälle des Zeitraumes von 1861 bis 1864, berechnet nach dem Termine der Genesung, folgen. Der Buchstabe E. bedeutet erblich, M. männlich, W. weiblich.

Einfache Melancholie, öfter mit Aufregung: — 1¼ Jahr. *Neveling*, W.; *Schäpers*, M., E. *Westrink*, M.; — 1½ Jahr. *Schapfeld*, W. E. *Prekel*, M. E. (die Genesung bestätigte sich nicht). *Krischen*, W, mehr partielle Läsion mit Hallucinationen und Wahnideen; *Höfinghof*, M E. — 1¾ Jahr, *Dohmann*, W. E., *Trockels*, W. E. — 2½ Jahr, *Meyer*, W., E. (sich aus Anfällen von Intermittens, mit sensiblen Anomalieen im *Abdomen* und krampfähnlichen Bewegungen entwickelnd, nach einigen Jahren von Neuem an Melancholie erkrankt und genesen).

Periodische Melancholie — 5 Jal:r. *Ermels*, M. E.

Manie — 1¼ Jahr. *Hock* (die Genesung bestätigte sich nicht), W. E., von Hause aus schwachsinnig; — 1¾ Jahr. *Schuhmacher*, M. E. (von grosser Heftigkeit der Erscheinungen ganz allmählig abnehmend); *Hunkemöller*, M., mässige Manie.

Periodische Manie — 1¼ Jahr, *Trainer*, W. E. — 1½ Jahr, *Cremer*, M. E. — 3¼ Jahr. *Pickhard*, W. E.

Melancholie mit folgender Manie — 1¼ Jahr. *Bös*, W. (nach einigen Jahren von neuem an Manie erkrankend), *Ebel*, W. E. — 2½ Jahr, *Schier*, M. — 3½ Jahr, *Berkenkamp*, M. E. (war früher wiederholt erkrankt).

Demnach Melancholie 10 Fälle, periodische Melancholie 1 Fall, Manie 3 Fälle, periodische Manie 3 Fälle, Melancholie mit folgender Manie 4 Fälle.

Also neben einfacher Melancholie, die sich Jahre lang hinziehen und doch in Genesung übergehen kann, sind es vorzugsweise die periodisch auftretenden Formen, dann die typische Aufeinanderfolge von Melancholie und Manie in lang hingestreckten Stadien, welche noch nach sehr langer Dauer in Genesung übergehen können. Ueber das Verhältniss der Erblichkeit, welches sofort auffallend als maassgebend hervortritt, wird später noch die Rede sein.

Wenn schon aus unseren früheren Procent-Berechnungen und Ausführungen sich die verhältnissmässig geringe Zahl der alten in Genesung übergehenden Fälle ergab. so ergiebt sich hier ein weiterer Scrupel für die gebliebenen Fälle aus der Natur eines

grossen Theils derselben, die erfahrungsgemäss so leicht zu Rückfällen geneigt sind, so dass von eigentlicher Genesung nur die Rede sein kann, wenn eine hinreichende Reihe von Jahren in Gesundheit verlebt, festgestellt ist. Es ist jenen Angaben von vielen Genesungen nach jahrelanger Krankheitsdauer wenig Zutrauen zu schenken. Sucht man sich aus einer Pflege-Anstalts-Bevölkerung, oder wie sie auch in *Morel*'s Kapitel über Erblichkeit sich finden, eine Reihe von Fällen aus, welche nach vielen überstandenen Anfällen eine geraume Zeit lang frei bleiben, und man würde diese nach Constatirung des jetzigen Zustandes als genesen entlassen und die Krankheitsdauer von einem weit zurückgelegenen Anfalle an rechnen, so würde man offenbar für alte Fälle hohe Genesungs-Procente berechnen, diese würden jedoch nur Werth haben, wenn man zugleich über die Natur der Krankheit und die Beobachtungszeit nach der sogenannten Genesung Auskunft hätte. Man wird es daher gerechtfertigt finden, wenn aus den früheren Zeiträumen die als periodisch hinreichend gekennzeichneten Fälle unter den Genesenen fortgelassen sind. Ein wie hoher Einfluss diesem Momente in Betreff der hohen Genesungs-Procente alter Fälle zukommt, ergiebt sich daraus, dass nach einer früher entworfenen Tabelle die Krankheitsdauer, wo die Periodischen nicht ausgeschieden waren, wir für den Zeitraum von 1836 bis 1860 unter den Genesenen 92 Männer und 52 Frauen als mit mehr als 2jähriger Krankheitsdauer registrirt hatten, welche nach Ausscheidung der Periodischen auf 64 Männer und 35 Frauen eingeschrumpft sind. Auch unter diesen befinden sich noch 6 Männer und 4 Frauen, die noch besonders Bedenken erregen, weil entweder nach jahrelanger Krankheitsdauer vor Einlieferung in die Anstalt, nach mehrmonatlichem Aufenthalte in derselben die Entlassung als genesen erfolgte, oder weil nur einige Jahre nachher die Wiedereinlieferung und zwar ohne weitere Entlassung als genesen erfolgte. Dieselbe Kritik wird man auf dieselben Verhältnisse anderswo ebenfalls anwenden.

Zum Vergleiche mit vorstehender Tabelle ist man vorzugsweise auf solche nach der Aufenthaltsdauer in der Anstalt angewiesen. Bei einem Vergleich der Krankheitsdauer der Genesenen mit ihrer Aufenthaltsdauer in der Anstalt ist es von vorn herein wahrscheinlich, dass unter gleichen Verhältnissen für die frühen Zeiträume eine Zeit lang die Aufenthaltsdauer die grösseren Sätze ergeben wird. Es fehlen nämlich für die Krankheitsdauer diejenigen Genesungen, welche dem Aufenthalte ausserhalb der Anstalt angehören. Wenn z. B. bei der 0—6monatlichen Krankheits-

dauer die durchschnittliche Aufenthaltsdauer draussen 3 Monate betragen hätte, so könnte die Berechnung nach der Krankheitsdauer bei gleichmässiger Vertheilung der Genesungen der Zeit nach, nur die Hälfte sämmtlicher Genesungen, die des 2. Vierteljahres enthalten. Bei der Berechnung nach der Aufenthaltsdauer in diesem Falle ist zu erwägen, dass die Gesammtzahl, aus denen Genesungen erfolgen, nicht allein diese frischen, sondern auch ältere Fälle enthalten würde, welche weniger Genesungen liefern, ausserdem würden jedoch beide Kategorieen von Fällen auch die Genesungen des weiter vorgeschobenen 2. Vierteljahres, also höchst wahrscheinlich ein Plus gegen die Berechnung nach der Krankheitsdauer enthalten. Bei den Terminen der Berechnung, welche nicht mit 0 anfangen, ergiebt sich betreffs der Krankheitsdauer nur eine Verkürzung durch diejenigen Fälle, welche während des Zeitraumes zugewachsen sind, während die bei einem frühern Stadium der Krankheit Eingelieferten sofort mit Ueberschreitung der Grenze Genesungen liefern können. Es ergiebt sich daher, dass jene Verkürzung der Genesungen bei Berechnung nach der Krankheitsdauer, entgegen derjenigen der Aufenthaltsdauer in der Anstalt, um so geringer sein wird, je mehr die Anzahl der von den früheren Zeiträumen der Krankheitsdauer überkommenen Fälle gegen die während des betreffenden zugewachsenen steigt. Dies wird bei späteren Zeiträumen in um so höherem Grade der Fall sein. Es kommt noch ein Umstand hinzu, der im Gegentheil für die Berechnung nach der Krankheitsdauer die Ziffer der Genesungen erhöht, dass nämlich die Krankheitsdauer im Allgemeinen früheren Stadien des Krankheitsprocesses entspricht, als die Aufenthalsdauer in der Anstalt und dass, je früher, die Genesungen um so dichter fallen. Für die späteren Zeiträume ist dieser Unterschied jedoch auch weniger bedeutend. Es wird sich daher auch aus den folgenden Ausführungen ergeben, dass für die späteren Zeiträume die Ziffer der Genesungen sich nach anderen Factoren, als diesen beiden gestalten wird. Es mag auch darauf hingewiesen werden, dass, wenn bei beiden Methoden der Zusammenstellung die Verhältnisse vollkommen homogen und die Berechnung mathematisch genau wäre, für den spätest in Betracht gezogenen Zeitraum die Krankheitsdauer die grösste Ziffer ergeben würde, weil die Aufenthaltsdauer der weiter vorgeschobene Posten ist, und daher der vorletzte Zeitraum derselben von der Zahl der nach der Krankheitsdauer im letzten Zeitraum erfolgten Genesungen schon ein Stück vorweg genommen hat.

Bevor wir an eine Vergleichung der Tabelle der Aufent-

haltsdauer mit unserer Tabelle 62. der Krankheitsdauer gehen, möge darauf hingewiesen werden, wie wenig berechtigt man ist, exacte Beziehung zu unseren Verhältnissen, exacte Uebereinstimmung in sich selbst von dieser Art von Zusammenstellung zu erwarten, selbst wenn die Qualität der Fälle dieselbe und die Festsetzung der Genesungsverhältnisse eine übereinstimmende wäre. Es mögen dazu 2 in der Literatur vorfindliche Tabellen benutzt werden, welche die Aufenthaltszeit in der Anstalt bei Genesenen je nach der Grösse der Krankheitsdauer vor der Aufnahme in die Anstalt darstellen. Die eine ist aus der Retreat (*Julius* l. c.), die andere ist von *Focke* (Ztschr. IV. S. 457), s. Tabelle 62. 4b. und 5b. (Auch bei *Güntz* findet sich eine solche Tabelle, ebenso im Illenauer Bericht 1866.) Es ergiebt sich, dass je nach der verschiedenen Krankheitsdauer vor der Aufnahme die Procent-Sätze schwanken, bezüglich der innerhalb der ersten 6 Monate genesen Entlassenen, bei *Thurnam* zwischen 18,2—34,7 pCt., bei *Focke* zwischen 17,6—47,4, bei den zwischen 6 bis 12 Monat Entlassenen beim 1. zwischen 21,4—30,3, beim 2. zwischen 36,4—52,9; bei den nach 1 Jahre Genesenen beim 1. zwischen 22,3—59,9, beim 2. zwischen 22,8—45,3. Bei solchen in den Resultaten zu Tage tretenden Verschiedenheiten je nach den zu Grunde liegenden Factoren und bei dem grossen Wechsel dieser Factoren je nach den verschiedenen Anstalten kann man keine exacten Resultate erwarten.

Nichtsdestoweniger werden, wie sich ergeben wird, eine Reihe von Gesichtspunkten zur Vergleichung und die Gründe der Uebereinstimmung und Verschiedenheit zu Tage treten. Wir benutzen zunächst zur Vergleichung mit den übrigen Angaben nach der Aufenthaltsdauer nach Tabelle 62. unsere Tabelle der Krankheitsdauer und zwar vorzugsweise unsere bestconstatirte 2. Tabelle für 1861 bis 1864 (nach Tab. 51.).

Tab. 62.

Vergleichende Tabelle der Aufenthaltsdauer in der Anstalt bei Geheilten (Krankheitsdauer).

Krankheitsdauer.		0—3 Monat.	0—6 Monat	6—12 Monat.	0—1 Jahr.	1—0 Jahr.	1—2 Jahr.	2—5 Jahr.	5—0 Jahr.	2—0 Jahr.	Heilungs-Procente überhaupt.	Heilungsprocente nach Abzug der Epilept., Idioten zum 2. Mal ungeheilt wieder Aufgenommenen.
1. Marsberg 1836—1860 Zahl 522.	S.	—	10,9	38,1	49,0	51,0	32	16,5	2,5	19,0	30,5	33,1
	M.	—	15,9	34,6	50,5	49,6	29,2	17,5	2,9	20,4	31,5	33,8
	Fr.	—	3,4	43,5	46,9	53,1	36,2	15	1,9	16,9	29,1	32,1
2. Marsberg 1861—1864 Zahl 139.	S.	—	30,2	43,2	73,4	26,6	21,6	5	—	5	26,5	30,9
	M.	—	31.3	43,3	74,6	25,4	19,4	6	—	6	22,5	26,2
	Fr.	—	29,2	43	72,2	27,8	23,6	4,2	—	4,2	32,7	37,1
Aufenthaltsdauer in der Anstalt:												
3. Halle (Ztschr. XII. S. 455). Zahl 498.	S.	16,1	43,6	23,9	67,5	32,5	20,5	—	—	12	31,7	—
	M.	14,7	44,5	24,6	69,1	30,9	21,1	—	—	9,8	27,7	—
	Fr.	17,8	42,3	23	65,3	34,7	19,7	—	—	15	36	—
4. Siegburg 1844—1846 (Ztschr. IV. S. 457). Zahl 158.	S.	2,6	32,8	43,2	75,5	24,5	—	—	—	—	29,5	—
	M.	8,8	35,5	43	78,5	21,5	—	—	—	—	25,8	—
	Fr.	1,3	30	43,4	73,4	26,5	—	—	—	—	34,7	—

(Fortsetzung der Tab. 62.)

Aufenthaltsdauer.		0—3 Monat.	0—6 Monat.	6—12 Monat.	0—1 Jahr.	1—0 Jahr.	1—2 Jahr	2—5 Jahr.	5—0 Jahr.	2—0 Jahr.	Heilungs-Procente überhaupt.	Heilungsprocente nach Abzug der Epilept., Idioten, zum 2. Mal ungeheilt wieder Aufgenommenen.
4b. Siegburg 1844—1846 bei Krankheitsdauer vor der Aufnahme:												
— 6 Monat		—	34,7	42,5	—	22,8	—	—	—	—	—	
— 12 Monat		—	23,5	52,9	—	23,6	—	—	—	—	—	
über 12 Monat		—	18,2	36,4	—	45,3	—	—	—	—	—	
5. Retreat (*Julius*, S. 291). Zahl 291.	S.	11,7	36,4	28,9	65,3	34,7	19,6	9,3	5,8	15,1	47,3	
	M.	14,9	39,7	27,3	67,0	33,1	17,4	10,7	5	15,7	42,8	
	Fr.	9,4	34,1	30	64,1	38,2	21,2	8	6	14	51,1	
5b. dto. bei Krankheitsdauer vor der Aufnahme:												
— 6 Monat		—	47,4	30,3	—	22,3	—	—	—	—	—	—
— 12 Monat		—	33,3	26,7	—	40,5	—	—	—	—	—	—
über 1 Jahr		—	17,6	21,4	—	59,5	—	—	—	—	—	—
Bernhardi (Ztschr. II. S. 282). Zahl 390.	S.	26,2	—	—	80,6	19,5	13,1	6,4	—	6,4	33,9	—
	M.	31,2	—	—	82,0	17,0	13,3	3,7	—	3,7	33,5	—
	Fr.	19,8	—	—	77,4	22,6	12,7	9,9	—	9,9	34,3	—
Leubus (*Martini*, Anst.-Bericht 1860, S. 25). Zahl 1,272.	S.	—	—	—	86,32	13,68	13,36	—	—	0,32	41	
	M.	—	—	—	92,30	7,70	7,39	—	—	0,31	40,8	—
	Fr.	—	—	—	79,31	20,69	18,22	—	—	2,47	41,1	—

Thenberg (Bericht, S. 87)	S.	50,6	70	18,1	88,1	11,9	7,8	2,8	1,2	4,0	53,3	—
	M.	55,2	74,9	15,8	90,2	11	8	3,1	—	3,1	48,5	—
	Fr.	46,5	66,2	21	87,8	12,7	7,6	2,5	2,5	5	59,5	—
Legoyt, Stat. des établ. des al. 2. Sér. (*Martini* l. c.)	M.	37,24	62,35	17,10	79,45	20,55	10,8	6,23	3,52	9,75	—	—
	Fr.	34,44	58,08	22,87	80,95	19,05	10,09	5,83	3,13	8,96	—	—
Das Seine-Departement 1852, Ztschr. XI. S. 508	S.	—2 Monat. 46	—	—	87,69	—	6,16	—	—	—	M. 37 Fr. 86,7	—
Desportes 1825—1827, Zahl 888 (*Damerow*, relative Verbindung, S. 175).	S.	45,9	—	—	85,2	14,7	8,4	—	—	6,8	—	—
Desportes 1831—1833 (ibidem). Zahl 870.		49,3	—	—	82	18	9	—	—	9	—	—
Esquirol 1804—1813. Salp. ibid. (*Bernhard*). Zahl 1,218.	Fr.	—	—	—	49,6	50,4	40,8	8,4	1,2	9,6	43,5	—
Esquirol, Manie. Salp. Zahl 269.	Fr.	—	56,1	32,3	88,4	11,5	6,7	—	—	4,8	—	—
Ferrus, Bicêtre ibidem. Zahl 1,124.	M.	56,9	76,9	13,3	90,2	9,9	6,6	—	—	3,3	—	—
Legoyt, Bicêtre Salp. (*Martini* l. c.)	S.	58	76	14	90	10	—	—	—	—	—	—
Bloomingdale As. (Zeitschrift VIII. S. 465).	S.	44	74	19	93	7	—	—	—	—	40 Procent (Mittlere Aufenthaltszeit 5 M., Fr. mehr.	

Es tritt nun in Tab. 62. bezüglich der bis 6monatlichen Aufenthaltsdauer bei Halle und der Retreat das oben entwickelte Verhältniss zwischen Krankheitsdauer und Aufenthaltsdauer beim Vergleich mit unseren Angaben ziemlich bestimmt hervor. Die Zahl der Krankheitsdauer steht nicht unbedeutend zurück. Umgekehrt verhält es sich dem Obigen entsprechend für die Aufenthaltsdauer von 6 Monat bis 1 Jahr. Siegburg dagegen zeigt eine annähernde directe Uebereinstimmung mit unseren Zahlen für beide Zeiträume, trotz der Verschiedenheit der Verhältnisse. Es ist dies erklärlich, wenn man annimmt, dass, jener früheren Zeit entsprechend, die Fälle weniger frisch und die Aufenthaltsdauer eine längere war, dass eine Annäherung an unsere 1. Tabelle vorliegt. Indem daher für die besprochenen Anstalten eine annähernde Uebereinstimmung mit unseren Verhältnissen vorzuliegen und deren Angaben über Aufenthaltsdauer der unserer Anstalt zu entsprechen scheinen (wie ja auch die Heilungs-Procente überhaupt der letzten Colonne, mit Ausnahme der Retreat, ziemlich übereinstimmen), betrachten wir von diesem Gesichtspunkte aus dieselben Zeiträume für die Anstalten am entgegengesetzten Ende der Tabelle. Vor Allem die drei letzten Angaben zeichnen sich durch einen ausserordentlich hohen Procent-Satz für den Zeitraum von 0—6 Monaten aus, zugleich auch durch einen sehr hohen für 0—3 Monate. Die Periode von 6—12 Monaten zeigt denn, dem entsprechend, eine noch weitere Erniedrigung gegen unsere Angaben, als die Anfangs genannten Anstalten. Nichtsdestoweniger zeigt wegen des Ueberschusses für die 1. Periode diejenige von 0—12 Monaten ebenfalls einen bedeutenden Ueberschuss über die früher genannten Anstalten. Die übrigen Angaben stehen nun in der Mitte zwischen diesen Extremen. Speciell hervorzuheben ist die des Seine-Departements, sich unmittelbar an die Daten des Bic. und der Salp. anschliessend, und die Statistik von ganz Frankreich, mit allerseits noch niedrigeren Zahlen. Doch bleibt auch hier, in Vergleich mit den Anfangs genannten Anstalten, noch ein bedeutendes Ueberwiegen der früheren Perioden, und machen die Anstalten grosser Städte ihre Mitbetheiligung hier geltend. Die anderen französischen Angaben nähern sich, der Natur der Sache nach, den höchsten. Nur ist die 1. *Esquirol*'sche Tabelle noch besonders zu erwähnen wegen ihrer niedrigen Sätze für die früheren Zeiträume. Es findet hier offenbar in höherem Grade das für Siegburg Gesagte seine Anwendung. Die Angaben von *Bernhardi* stehen als 1. Stufe des Ueberganges zu jenen hohen Procent-Sätzen der früheren Zeiträume und scheint sich die Nähe

einer grossen Stadt geltend zu machen. Dass nicht vollkommen dieselben Verhältnisse, wie am Ende der Tabelle stattfinden, ergiebt sich aus den nur mässigen Sätzen für die Zeit bis 3 Monate. Bei Leubus, jenem sehr hohen Procent-Satz für die frühen Zeiten sich annähernd, haben wir es mit den künstlichen Verhältnissen einer Heilanstalt zu thun, und Thonberg gehört mit vollem Recht mit an das Ende der Tabelle.

Bemerkenswerth ist nun für diese letztgenannten Verhältnisse, entgegen den früheren, aus der letzten Colonne fast überall der sehr hohe Procent-Satz der absoluten Genesungen, soweit dieselben ermittelt werden konnten. Es ist dies ein Beweis dafür, woher diese Verhältnisse ihren hohen Satz von Genesungen hernehmen, nämlich von einem grossen Theil sehr bald Genesener, nämlich sehr frischer Fälle. Zugleich ergiebt sich eine später noch genauer festzustellende Thatsache, dass bei einer hinreichenden Anzahl frischer Fälle die den Procent-Satz der Genesungen anzeigende Curve nach der frühsten Zeit sehr steil aufsteigt.

Was nun die Periode von 1 bis 2 Jahren anbetrifft, so ist es nach oben Gesagtem erklärlich, dass bei unserer Berechnung, einem früheren Krankheitsstadium entsprechend, die Genesungen dichter fallen, als bei allen anderen, die 1. Tabelle von *Esquirol* ausgenommen. In der letzten Periode sollten wir nach dem Obigen einen grösseren Satz von Genesungen haben, als die Uebrigen, wir werden jedoch von 2 Jahren bis 0 von der grösseren Anzahl übertroffen. Auch nach 5 Jahren, wo wir gar keine Genesungen mehr aufzuweisen haben, treten diese anderwärts noch mit nennenswerthen Zahlen hervor. Es ist dies besonders dort bemerkenswerth, wo, bei stattfindenden gleichen Verhältnissen für die späteren Perioden, die grossen Zahlen früherer Perioden hier eine Verkleinerung hervorrufen würden. Den Grund für diese Verhältnisse kann man nur darin suchen, dass die Periodischen in der obenerwähnten Weise mit eingeschlossen sind und dass der Begriff der Genesung nicht immer in strictem Sinne genommen ist. Beides gilt z. B. von der Retreat. Bezüglich der Periodischen wird ausdrücklich bemerkt, dass bei der dortigen sehr langen Beobachtungszeit bei als genesen Betrachteten Rückfälle während derselben eintraten, wo später die Entlassung erfolgte. Zurückzukommen ist hier noch auf die 1. Tabelle von *Esquirol*, von der mehrfach hervorgehoben ist, dass sie nicht mit den jetzt unter ähnlichen Verhältnissen gesammelten Tabellen und noch weniger mit der Natur des Krankheitsverlaufs übereinstimmt. Erwähnenswerth ist dies besonders deshalb, weil diese Tabelle, oder eigent-

lich eine um 15 vermehrte diejenige ist, von der *Esquirol* selbst (Die Geisteskrankheiten von *Bernhard*, Band I., Seite 57) sagt, und ihm nach noch neuerdings mehrfach citirt wird, dass nach Verlauf dreier Jahre die Wahrscheinlichkeit der Heilung $^1/_{30}$ beträgt. Es waltet hier noch ein Grundirrthum der Auffassung ob, indem die Zahl der nach drei Jahren erfolgten Heilungen $^1/_{30}$ der Gesammtzahl der Heilungen betrug, jener Ausspruch aber besagen soll, dass von einer bestimmten Anzahl bis dahin ungeheilter, über 3 Jahre alter Fälle noch $^1/_{30}$ genas. Im Ganzen ergiebt sich aus allem Angeführten die hohe Gesetzmässigkeit, welche in dem Krankheitsverlaufe unter den verschiedensten äusseren Verhältnissen, Zeiten, Behandlungsarten liegt, und die Aufforderung, denselben von mehr exacten Gesichtspunkten aus zu beleuchten.

Was das Geschlechtsverhältniss in Tab. 62. betrifft, so überwiegen bis zu 6 Monaten überall die Männer, noch mehr bis zu 3 Monaten, wo dieser Zeitraum ausgeworfen ist. Nur Halle lässt bis zu 3 Monaten die Frauen überwiegen, für den Zeitraum von 0–6 Monaten folgt es jedoch der allgemeinen Regel. Von 6—12 Monaten ergiebt sich ein Uebergewicht der Frauen (bei Marsberg I., Siegburg, Retreat, *Bernhardi*, Thonberg, *Legoyt*. Gleichheit findet sich bei Marsberg II., Halle ergiebt ein Uebergewicht der Männer). Von 1—2 Jahren ergiebt die Mehrzahl ebenfalls ein Uebergewicht der Frauen (Marsberg I. und II., Retreat, Leubus, *Legoyt* wenigstens Gleichheit, Halle, *Bernhardi*, Thonberg dagegen ein Uebergewicht der Männer). Von 2—5 Jahren ergiebt sich sehr übereinstimmend ein Uebergewicht der Männer (Marsberg I. und II., Retreat, Thonberg, *Legoyt*, nur *Bernhardi* hat ein Uebergewicht der Frauen). Nach 5 Jahren zeigen die noch vorhandenen Angaben Schwankungen, ebenso die Angaben von 2—0 Jahren. Die Folge dieser Verhältnisse ist, dass bis zu 1 Jahr die Männer, nach 1 Jahr die Frauen überwiegen, wovon nur *Legoyt* abweicht.

Wir haben nachträglich in Tab. 62a.

		0—3 Monat.	3—6 Monat.	6—12 Monat.	1—2 Jahr.	2—5 Jahr.	5—0 Jahr.	0—1 Jahr.	1—0 Jahr.	Genesungs-Procente überhaupt.
Marsberg, Krankheitsdauer (1861 bis 1864). Z. 139.	S.	2,2	28,0	48,9	21,6	5,0	—	73,4	26,6	26,5
	M	4,5	26,8	48,3	19,4	6,0	—	74,6	25,4	22,5
	Fr.	—	29,2	43,0	23,6	4,2	—	72,2	27,8	32,7
Landenberger, Krankheitsdauer 15 Jahr. Z. 197. (Bericht v. Göppingen 1866).	S.	5,1	22,3	38,1	17,3	13,2	4,1	65,5	34,5	19,0
	M	7,5	23,7	34,4	21,5	12,9	—	65,6	34,4	14,9
	Fr.	2,9	21,2	41,3	13,5	13,5	7,7	65,4	34,6	22,3
Stewart, Krankheitsdauer (Journ. of ment. sc. 1865. S. 165). Zahl 284.	S.	10,2	15,9	30,3	21,8	15,1	6,7	56,4	43,6	—
	M.	10,3	13,6	29,0	21,9	17,4	7,7	52,9	47,0	—
	Fr.	10,1	18,6	31,8	21,7	12,4	5,4	60,5	39,5	—
Stewart, Aufenthaltsdauer (ibid. S. 167).	S.	20,9	23,4	32,2	15,8	5,1	2,6	76,5	23,5	34,5
	M.	18,3	24,3	30,2	19,5	4,7	3,0	72,8	27,2	32,4
	Fr.	23,9	22,6	34,5	11,3	5,6	2,1	81,0	19,0	37,4
Schwedische Anstalten, Krankheitsdauer (1861 bis 1862, von *M. Huss*, Ztschrft. XXI. S. 155 und XXII. S. 274). Z. 201	S.	28,2	36,4		16,9	7,2	11,3	64,6	35,4	35 41
dto. Aufenthaltsdauer (ibid.).	S.	—	—	—	9,6	10,3	7,2	73,5	26,5	—
Illenau, Aufenthaltsdauer (Bericht 1866. Tab. 5.) Zahl 1,570.	S.	21,7	31,6	26,4	13,1	6,1	1,1	79,7	20,3	35,9
	M.	25,9	32,7	22,9	10,3	6,9	1,3	81,5	18,5	36,4
	Fr	16,9	30,5	30,3	16,2	5,3	0,8	77,7	22,3	35,3

noch eine Reihe von Angaben zusammengestellt, welche vorzugsweise die Krankheitsdauer der Genesenen betreffen. Die Berechnung erstreckt sich bis zum Termine der Entlassung, bei *Landenberger* findet sich Nichts darüber, doch ist es bei ihm wahrscheinlich ebenso. Bei einem Vergleich der einzelnen Angaben über die Krankheitsdauer ergiebt sich zunächst eine stete Steigerung der Procent-Sätze für die 0—3monatliche Krankheitsdauer in der Reihenfolge, wie sie aufgeführt sind. In derselben Reihenfolge, jedoch mit einer Ausnahme, ergiebt sich eine Steigerung des Procent-Satzes

für die Krankheitsdauer nach 2 Jahren. Um zu prüfen, ob vielleicht beide Verhältnisse mit der relativen Grösse der frischen und alten überhaupt eingelieferten Fälle zusammenhängen, haben wir letztere für 3 Angaben, wo sie vorlagen, in Folgendem zusammengestellt:

	Antheil an der Gesammtzahl der Aufnahmen, der Fälle mit Krankheitsdauer vor der Aufnahme von		
	0—1 Monat	0—3 Monat	2 Jahr —0.
Marsberg	11,4	31,3	28,9
Landenberger . . .	8,1	17,2	54,4
Stewart	27,0	42,6	28,6

Es ergiebt sich, dass die Zunahme der Procent-Sätze der bis 3 Monat Genesenen nicht streng mit dem Procent-Satze der bis 3monatlichen Fälle an den Aufnahmen überhaupt zusammenhängt, ebensowenig der bis 1monatlichen Fälle an den Aufnahmen. Es wäre allerdings möglich, dass die Theilung der Zeit nicht weit genug ginge und dass bei *Landenberger* eine grössere Anzahl ganz frischer Fälle von der Dauer einiger Tage vorhanden wäre, welche jenen bedeutenden Procent-Satz der Genesenen für den frühesten Zeitraum bedingten, oder dass die Entlassung um so früher erfolgte. Die höheren Procent-Sätze der Genesenen für die späteren Zeiträume folgen nicht der Betheiligung der alten Fälle an den Aufnahmen überhaupt. Es erinnern diese hohen Zahlen an die uncorrigirten Ziffern der früheren Zeiträume von Marsberg und haben jedenfalls ähnliche Gründe. Es handelt sich entweder um periodische Fälle oder nicht genaue Einhaltung des Begriffs Genesung. Was die anderen unterschiedenen Zeiträume betrifft, so tritt ein der vorigen Reihenfolge entgegengesetzter fast regelmässiger Abfall aller unterschiedenen Zeiträume hervor. Es stellt sich zunächst wiederum die Frage ein, ob an diesem Gegensatze die Aufnahme-Verschiedenheiten der Fälle mit der betreffenden Krankheitsdauer betheiligt seien. Wir haben daher, der vorigen entsprechend, eine Zusammenstellung von 3 Angaben gemacht.

	Antheil an der Gesammtzahl der Aufnahmen, der Fälle mit Krankheitsdauer vor der Aufnahme von		
	3—6 Monat.	6—12 Monat	1—2 Jahr.
Marsberg	11,6	17,3	11,0
Landenberger . . .	15,2	13,2	12,0
Stewart	9,1	10,0	9,7

Es ergiebt sich daher ein theilweise gleichmässiger Gang, nämlich bei *Stewart*. Eine vollkommene Uebereinstimmung findet sich jedoch nicht. Es haben auf den Procent-Satz der späteren Zeiträume überhaupt offenbar noch besondere Umstände Einfluss. Dahin gehören zunächst die für die späteren Zeiträume der Krankheitsdauer erfolgenden Genesungen derjenigen Fälle, welche mit kurzer Krankheitsdauer vor der Aufnahme eingeliefert sind. Dann, wie schon bei den Nachrichten über die früheren Zeiträume von Marsberg erwähnt, die längere Aufenthaltsdauer nach erfolgter Genesung und vielleicht die dann noch eintretenden Veränderungen der für genesen Gehaltenen. Zieht man die Aufeinanderfolge der einzelnen Angaben für die Genesungs-Procente überhaupt in der letzten Colonne in Erwägung (Schweden 1861 Genesungen = 35, 1862 = 41 Procent), so ergiebt sich zunächst kein strenger Zusammenhang mit der Ziffer für die höheren, über-2jährigen Zeiträume, dagegen eine stete Steigerung mit derjenigen für den kürzesten ausgeworfenen Zeitraum. Es macht hier allerdings *Landenberger* eine Ausnahme, doch wird sein geringes Plus für den jüngsten Zeitraum ausserordentlich aufgewogen durch sein Minus für die folgenden Perioden. — Weiter ist aus vorstehender Zusammenstellung hervorzuheben das den obigen Entwickelungen entsprechende Verhältniss zwischen Krankheitsdauer und Aufenthaltsdauer, wo beide ausgeworfen sind. Bis zu 1 Jahr überwiegt die Aufenthaltsdauer, nachher die Krankheitsdauer. Was die Einfügung der Data von Illenau in die obige Reihenfolge der anderen Angaben betrifft, so würde es nach der letzten Colonne unter den Schwedischen Anstalten stehen müssen. Zum Theil kommen die hohen Genesungs-Procente der letzteren vielleicht von der hohen Ziffer für die längeren Zeiträume, grösstentheils jedoch wahrscheinlich von dem starken Satz für den kürzesten Zeitraum, wenn es auch bis zu 1 Jahr ein Uebergewicht liefert. Was die Einreihung der Data der letzten Tabelle in die Tabelle 62. betrifft, so würde *Stewart*, die Schwedischen Anstalten und Illenau zwischen *Bernhardi* und Leubus stehen, *Landenberger* würde ganz am Anfange der Tabelle stehen müssen. — Was das Geschlechtsverhältniss der einzelnen Angaben betrifft, so hält sich Illenau streng an die oben entwickelte Regel, *Landenberger* nur bis zu 1 Jahre, *Stewart* hat bei beiden Angaben namentlich die Eigenthümlichkeit, dass das Uebergewicht der Männer bis zu 6 Monaten ein nur sehr geringes und nur theilweises ist, schon von 1—2 Jahren ein geringes oder grosses Uebergewicht der Männer stattfindet, und so auch ein gegentheiliges Verhalten von der Regel betreffs der unter- und

über-1jährigen Fälle stattfindet, welches, wie die ausgeführte Berechnung beweist, seinen Grund nicht in dem verschiedenen Verhältniss der Geschlechter zu einander bei den Aufgenommenen in den einzelnen Zeiträumen hat.

Es ergeben sich aus diesen Ausführungen wiederum neben dem mancherlei Gesetzmässigen die Mängel der bisherigen Untersuchungen, um zu vollkommen exacten Resultaten zu gelangen. Es sind die mangelhafte Festsetzung der Genesung, dem Begriffe nach, wie er u. A. auch aus einer Kenntnissnahme des Falles hinterher entspringt, und dem genauen Termine, der Genesung, nicht der Entlassung nach. Es dürfte sich ferner empfehlen, diejenigen Fälle, bei denen man mehrere Theilanfälle zu einem Gesammtanfalle rechnet, für sich zu berechnen. Bezüglich der Geschlechtsverhältnisse muss man zugleich die absolute Zahl der Genesungen bei jedem Geschlecht in Anschlag bringen, weshalb diese mit angegeben ist. Ueber die Nothwendigkeit der Berechnung zur Gesammtzahl der Behandelten wird später die Rede sein.

Gehen wir jetzt über zu dem Unterschiede zwischen den Erblichen und Nichterblichen in der Krankheitsdauer der Genesenen, und betrachten wir zuerst die eigentliche Krankheitsdauer von 1861 bis 1864, wo der Termin der Genesung genau festgestellt ist (Tab. 46 ff.), so ergiebt sich bei Berechnung sämmtlicher genesenen Fälle zu 100, Tabelle 47., sofort ein auffallender Unterschied je nach den Erblichen und Nichterblichen. Bei den unter-6monatlichen überwiegen in hohem Grade die Nichterblichen, 36,5 — 55,4, bei den von 6 Monaten bis 1 Jahr die Erblichen, 40,8 — 32,1, und bei über-1jährigen in um so höherem Grade, 22,5 — 12,5. Dies deutet jedoch nur das relative Verhältniss bei vorausgesetzter gleicher Genesungsfähigkeit an, das eigentliche Verhältniss ergiebt sich aus der directen Procent-Berechnung zu allen Aufgenommenen in Tabelle 48. Es muss dabei jedoch in Anschlag gebracht werden, dass, während das Genesungsverhältniss der Erblichen auf 36,2, der Nichterblichen auf 28,6 sich nach der allgemeinen Berechnung stellt, es hier 32,5 bei den Erblichen und 22,8 bei den Nichterblichen beträgt, sich also der Zufall kleiner Zahlen geltend macht, und dass, wenn überhaupt diese Tabelle über die Zeitdauer richtige Auskunft giebt, man sich die Nichterblichen gegen die Erblichen überall um etwas (circa $^1/_{11}$) erhöht denken muss. Es ergiebt sich denn nach unserer Tabelle bis 6 Monat ein Ueberwiegen der Nichterblichen, 11,9 — 13,1, von 6 Monat bis 1 Jahr ein bedeutendes Ueberwiegen der Erblichen (13,3 — 7,6), ein um so höheres über 1 Jahr (7,3 — 2,1).

Betrachtet man nun die Tabelle der Krankheitsdauer der Genesenen nach dem Termine der Entlassung aus der Anstalt berechnet (Tabelle 52.), welche den gewöhnlichen Genesungsdifferenzen ziemlich annähernde Resultate liefert (Erbliche 34,6 — Nichterbliche 26,6), so ergeben sich ähnliche Resultate, nur scheinen die unter-6monatlichen Genesenen bei den Erblichen länger als bei den Nichterblichen in der Anstalt zurückbehalten zu sein, so dass hier die Differenz grösser ist, 7,3 — 11. Im Uebrigen ist die Differenz von 6 Monaten bis 1 Jahr zu Gunsten der Erblichen 16,7 — 9,7 und um so mehr bei den über-1jährigen, 10,6 — 5,9.

Auch bei den ähnlichen Zusammenstellungen von 1856—1860 und 1836—1860, Tabelle 59. und 57., ergeben sich ähnliche Resultate, obgleich dieselben aus den oben angeführten Gründen weniger exact sein müssen. Vergleicht man die Erblichen und Nichterblichen je bei den unter-6monatlichen, -einjährigen, über-1jährigen, so zeigen in beiden Tabellen die Erblichen mit der Länge der Krankheitsdauer eine stetige Steigung. Dieselben Schlussfolgerungen lassen sich aus Tabelle 58. und 56. ziehen, wo alle Fälle nach dem Krankheitsverlauf zu 100 aller Genesenen berechnet sind.

Man darf daher die Behauptung als hinlänglich bewiesen halten, dass für die längeren Zeiträume bei den Erblichen mehr genesen gegen die Nichterblichen, als für die früheren; für ziemlich sicher dürfte man es halten, dass bis zu 6monatlicher Krankheitsdauer mehr Nichterbliche als Erbliche, und dass über 1 Jahr in höherem Grade mehr Erbliche als Nichterbliche genesen. Es ergiebt sich daraus die practisch wichtige Folgerung, dass bei längerer Krankheitsdauer (über 6 Monate) bei den Erblichen die Prognose besser als bei den Nichterblichen, und dass sie bei den über-einjährigen viel besser ist. Unsere frühere Aufführung einzelner über-1jährigen Fälle führt zu demselben Resultat.

Geht man weiter zu dem Unterschiede der Geschlechter je nach den Erblichen und Nichterblichen, so wird man sich vor Eingehen in zu grosse Details um so mehr hüten, als die Zahlenverhältnisse bei weiterer Zersplitterung um so unregelmässiger werden und sich von der allgemeinen Norm entfernen. So ist für die genau nach dem Termine der Genesung berechneten Fälle von 1861 bis 1864 das Genesungsverhältniss der Geschlechter bei Erblichen 30,8 — 35,4 und bei den Nichterblichen 17,5 — 39,3. Es ergiebt sich jedoch aus Tabelle 46. für die unter-6monatlichen und über-1jährigen ein Ueberwiegen der Frauen, also der allge-

meinen Regel entsprechend, während es von 6 bis 12 Monat verschieden ist.

Auch die Tabelle 52., die Dauer nach dem Termine der Entlassung enthaltend, ergiebt dem Früheren ähnliche Resultate. Es scheint die Zurückhaltung der frischen genesenen Frauen bei den Erblichen vorzugsweise der Fall zu sein, während später beiderseits die Frauen überwiegen. Auch die Tabellen 57. und 59., die Krankheitsdauer der Geschlechter bei Erblichen und Nichterblichen von 1836—60 und 1856—60 enthaltend, zeigen trotz kleinerer aus den Umständen erklärlicher Abweichungen mannigfache Uebereinstimmung, so dass es als allgemein gültig betrachtet werden darf, dass sowohl bei den Erblichen als Nichterblichen die Frauen für die späteren Zeiten der Krankheitsdauer überwiegen, während wiederum die Fälle mit der längsten Krankheitsdauer von den Männern geliefert werden.

Gehen wir jetzt über zur Betrachtung der durchschnittlichen Krankheitsdauer bei den Erblichen und Nichterblichen und beginnen wir mit der sichersten, nach dem Termine der Genesung festgesetzten Tabelle der eigentlichen Krankheitsdauer für 1861 bis 1864. Die Festsetzung ist in der früher angegebenen Weise geschehen, Tabelle 49. Es ergiebt sich dann für die Erblichen eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 9 Monaten 23,7 Tagen, für die Nichterblichen eine bedeutend geringere von 7 Monaten 19,5 Tagen. Bezüglich der Geschlechter befolgen die Erblichen die obige Regel des Ueberwiegens der Männer, bei den Nichterblichen haben dagegen die Frauen eine längere Krankheitsdauer. Gehen wir über zu der durchschnittlichen Krankheitsdauer bei Feststellung nach dem Termine der Entlassung für den gleichen Zeitraum von 1861—1864, Tabelle 53, so ergeben sich dieselben Gesetze, nur ist es auffallend, dass hier auch die nichterblichen Frauen eine geringere durchschnittliche Krankheitsdauer haben, als die nichterblichen Männer. Es ergiebt sich also hieraus wiederum, dass die nichterblichen Frauen einen geringeren Zeitraum nach der Genesung in der Anstalt geblieben sind, als die betreffenden Männer, wie es scheint, wegen der Natur ihrer Krankheit. Dagegen nähern sich wiederum die erblichen Frauen sehr den erblichen Männern. Für die Zeiträume von 1856—60 und von 1836—60 bestätigen sich die besprochenen Gesetze durchgehends, wie ein Blick auf die Tabellen 60. und 61. lehrt, dass nämlich die Erblichen eine grössere durchschnittliche Krankheitsdauer haben, als die Nichterblichen, und beiderseits die Männer eine grössere, als die Frauen. Es mag hier noch einmal wieder-

holt werden, dass die letztere offenbar von dem verhältnissmässig geringen Theile der Männer herrührt, welcher die allerlängsten Krankheitsdauern liefert, während bei deren Mangel die Frauen überwiegen würden. Ob in diesem letzten Umstand das Moment der Anknüpfung an die jetzt zu besprechenden Nachweisungen anderer Statistiker liegt, welche bei der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer ein Plus für die Frauen erhielten, müssten weitere Zusammenstellungen, bei denen die Periodischen besonders berücksichtigt würden, lehren.

Wir lassen die Tabelle 63. über die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Anstalt folgen und zwar, um nicht das Zusammengehörige auseinander zu reissen, geben wir sie zugleich für die Geheilten, Gebesserten, ungeheilt Entlassenen, Gestorbenen, die Summe aller Ausgeschiedenen und die Summe aller Verpflegten, Letzteres seit dem Jahre 1836 incl. Die 5 ersten Abtheilungen sind genau durch Addirung aller Einzelfälle berechnet worden. Die 6. Abtheilung ist durch Division aller Aufnahmen seit dem Jahre 1836 plus dem Bestande beim Beginn desselben in die Summe aller Verpflegungsjahre gewonnen. Letztere sind aus der letzten Colonne der Tabelle 1. durch Addirung sämmtlicher durchschnittlichen Bestände seit dem Jahre 1836 erhalten. Da diese nur so weit zurückreichten, so musste die Aufgabe darauf beschränkt werden. Die Anstalt bestand bis dahin schon viele Jahre. Die Summe aller bis dahin Ausgeschiedenen beträgt nur 12, der von den Aufnahmen Gebliebenen dagegen 95. Es ist daher die durchschnittliche Verpflegungszeit Aller incl. des Bestandes jedenfalls höher anzunehmen, als es nach den Zahlen der Tabelle 63. der Fall ist.

Tab. 63.

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Anstalt.

		Geheilte.			Gebesserte.		
		Gesammtzahl der Jahre etc.	Zahl der verpflegten Personen.	Durchschnittliche Aufenthaltszeit.	Gesammtzahl der Jahre etc.	Zahl der verpflegten Personen.	Durchschnittliche Aufenthaltszeit.
Erbliche	M.	215 J. 3 M. 23 T.	251	10 M. 9 T.	195 J. 5 M. 27 T.	102	1 J. 11 M. — T.
	Fr.	141 J. 5 M. 11 T.	169	10 M. 1 T.	150 J. 9 M. 17 T.	63	2 J. 4 M. 21 T.
	S.	356 J. 9 M. 4 T.	420	10 M. 5,8 T.	346 J. 3 M. 14 T.	165	2 J. 1 M. 5,5 T.
Nichterbliche	M.	273 J. 2 M. 13 T.	307	10 M. 20 T.	356 J. 11 M. 11 T.	132	2 J. 8 M. 13 T.
	Fr.	184 J. — M. 26 T.	200	11 M. 1 T.	193 J. — M. 5 T.	85	2 J. 3 M. 7 T.
	S.	457 J. 1 M. 9 T.	507	10 M. 24,7 T.	549 J. 11 M. 16 T.	217	2 J. 6 M. 21,6 T.
Summa	M.	488 J. 6 M. 6 T.	558	10 M. 15,2 T.	552 J. 5 M. 8 T.	234	2 J. 4 M. 10 T.
	Fr.	325 J. 6 M. 7 T.	369	10 M. 17,6 T.	343 J. 9 M. 22 T.	148	2 J. 3 M. 26,3 T.
	S.	814 J. — M. 13 T.	927	10 M. 16,1 T.	896 J. 3 M. — T.	382	2 J. 4 M. 4,6 T.
		Ungeheilte.			Gestorben.		
Erbliche	M.	423 J. 3 M. 12 T.	130	3 J. 3 M. 2 T.	574 J. 4 M. 13 T.	163	3 J. 6 M. 8 T.
	Fr.	303 J. 9 M. 23 T.	66	4 J. 7 M. 7 T.	433 J. 5 M. 2 T.	110	3 J. 11 M. 8 T.
	S.	727 J. 1 M. 5 T.	196	3 J. 8 M. 15,5 T.	1,007 J. 9 M. 15 T.	273	3 J. 8 M. 9 T.
Nichterbliche	M.	632 J. 10 M. 17 T.	201	3 J. 1 M. 24 T.	1,693 J. 6 M. 10 T.	386	4 J. 4 M. 19 T.
	Fr.	374 J. 10 M. 14 T.	103	3 J. 7 M. 20 T.	1,263 J. 3 M. 29 T.	294	4 J. 3 M. 17 T.
	S.	1,007 J. 9 M. 1 T.	304	3 J. 3 M. 23,4 T.	2,956 J. 10 M. 9 T.	680	4 J. 4 M. 5,4 T.
Summa	M.	1,056 J. 1 M. 29 T.	331	3 J. 2 M. 8,7 T.	2,267 J. 10 M. 23 T.	549	4 J. 1 M. 17,1 T.
	Fr.	678 J. 8 M. 7 T.	169	4 J. — M. 5,6 T.	1,666 J. 9 M. 1 T.	404	4 J. 1 M. 15 T.
	S.	1,734 J. 10 M. 6 T.	500	3 J. 5 M. 19,1 T.	3,934 J. 7 M. 24 T.	952	4 J. 1 M. 16,3 T.

(Fortsetzung der Tab. 63.)

		Summa aller Ausgeschiedenen.			Summa der Verpflegten.		
		Gesammtzahl der Jahre etc.	Zahl der verpflegten Personen.	Durchschnittliche Aufenthaltszeit	Gesammtzahl der Verpflegungsjahre aller Verpflegten, incl. des Bestandes, vom Jahre 1836 bis incl. 1864.	Zahl der verpflegten Personen,	Durchschnittliche Verpflegungszeit.
Erbliche	M. .	1,408 J. 5 M. 15 T.	646	2 J. 2 M. 4,9 T.			
	Fr. .	1,029 J. 5 M. 23 T.	408	2 J. 6 M. 8,4 T.			
	S. .	2,437 J. 11 M. 8 T.	1,054	2 J. 3 M. 22,6 T.			
Nichterbliche	M. .	2,956 J. 6 M. 21 T.	1,026	2 J. 10 M. 17,4 T.			
	Fr. .	2,015 J. 3 M. 14 T.	682	2 J. 11 M. 13,8 T.			
	S. .	4,971 J. 10 M. 5 T.	1,708	2 J. 10 M. 21,4 T.			
Summa	M. .	4,365 J. — M. 6 T.	1,672	2 J. 7 M. 9,8 T.	5,540,2 Jahr	1,852	2,99 Jahr
	Fr. .	3,044 J. 9 M. 7 T.	1,090	2 J. 9 M. 15,6 T.	3,937,7 -	1,251	3,15 -
	S. .	7,409 J. 9 M. 13 T.	2,762	2 J. 8 M. 5,8 T.	9,477,6 -	3,103	3,05 -

Bezüglich der Geheilten ergiebt sich, wie wenig Auskunft von dieser Art der Zusammenstellung für die Erkenntniss der die Krankheitserscheinungen beherrschenden Gesetze zu erwarten ist. Die nichterblichen Genesenen haben hier eine grössere Aufenthaltsdauer, als die Erblichen, Männer und Frauen stehen sich nahe gleich. Der geringe Ausschlag erfolgt nach der entgegengesetzten Seite, wie bei der Krankheitsdauer, bei den einzelnen Gruppen der Erblichen und Nichterblichen verhalten sich die Geschlechter verschieden. Es nimmt übrigens die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von den Geheilten zu den Gebesserten, ungeheilt Entlassenen und Gestorbenen fortwährend zu. Will man einmal genau feststellen, in welchem Verhältniss die Geheilten zu den Uebrigen die Listen des Anstalts-Bestandes durchschnittlich ausfüllen, so kann man einfach die Zahl der Jahre aller Geheilten mit der Gesammtzahl aller Verpflegungsjahre incl. des Bestandes vergleichen. Es ergiebt sich dann das Verhältniss von 814 Jahr : 9,477 Jahren also, wenn man die zu geringe Zahl der Verpflegungsjahre in Anschlag bringt, wohl nicht der 12. Theil. Wenn man diese Zahl um den so vielten Theil erhöht, als von den Nichtgeheilten in der ersten Zeit noch für heilbar gehalten werden muss, so hat man das Verhältniss der durchschnittlich in der Anstalt für heilbar zu Erachtenden. Interessant ist ferner das Zahlenresultat, dass, obgleich die ausgeschiedenen Erblichen zu den Nichterblichen sich verhalten, wie 1,054 : 1,708, doch die Verpflegungsjahre der Nichterblichen mehr als doppelt so gross sind: 4,971 : 2,437. Von Interesse ist ferner hinsichtlich der durchschnittlichen Verpflegungszeit das Geschlechtsverhältniss der Ausgeschiedenen. Während nämlich die Summe aller ausgeschiedenen Männer : Frauen (die Männer enthalten hier auch die 72 Uebergesiedelten, beide Geschlechter die bis zur Anfertigung der Tabelle Ausgeschiedenen) = 100 : 64 sich verhalten, verhält sich ihre Verpflegungszeit = 100 : 70. Dasselbe Ueberwiegen der Frauen haben wir auch früher bei dem durchschnittlichen Bestand, der die gesammte Verpflegungszeit aller Verpflegten darstellt, angetroffen.

Vergleichen wir nun mit unseren Zahlen und untereinander einige andere in der Literatur befindliche Angaben, so sind solche in Tabelle 64. dargestellt.

Tab. 64.

		1. Geheilte.	2. Gebesserte.	3. Ungeheilt Entlassene.	4. Gestorben.	5. Summa der Ausgeschiedenen.	6. Summa aller Behandelten incl. des Bestandes.
Bernhardi, für 28 Jahr (Ztschft. II. S. 293).	M.	8,5	38,2		28,2	—	20,7 M.
	Fr.	10,4	64,1		47,7	—	27,4 M.
	S.	9,5	49,2		36,5	—	23,6 M.
Retreat, 44 Jahr (*Julius*, S. 290).	M.	1,27	2,37	2,83	7.67	3,37 Jahr.	4,44 Jahr
	Fr.	1,36	2.05	3,19	10,01	3,66	5,10 Jahr
	S.	1,32	2,25	3,06	8,83	3,52	4,80 Jahr
Illenau I., 1 Jahr (1852 S. 258).	M.	11 M. — T.	2 J. 2 M. 27 T.	4 J. 6 M — T	3 J. 9 M 22 T.	2 J. 4 M. 19 T.	—
	Fr	10 M. 26 T.	dito	5 J. 6 M. 22 T	6 J. 2 M. 26 T.	2 J 3 M. 23 T.	—
	S.	10 M 28 T.	dito	5 J. — M. 23 T.	4 J. 4 M. — T.	2 J. 4 M. 6 T.	—
Leubus, 1860 — 1862 (*Martini*, Bericht S. 24)	M.	186 T.	355	382	300	282	—
	Fr.	245 T.	366	328	177	289	—
	S.	216 T.	362	355	196	285½	—
Siegburg, (*Nasse*, Bericht S. 5). 1852—55.	S.	10,2	—	—	—	—	13,9 M.
1856—59.	S.	8,25	—	—	—	—	10,2 M.
1860—63.	S.	7,25	—	—	—	—	9,2 M.
Marsberg (50 Jahr).	M.	10 M. 15 T.	2 J. 4 M. 10 T.	3 J. 2 M. 9 T.	4 J. 1 M. 17 T.	2 J. 7 M. 10 T.	(für 29 J.) 2,99 J.
	Fr	10 M. 18 T.	2 J. 3 M. 26 T.	4 J. — M. 6 T.	4 J. 1 M. 15 T.	2 J 9 M. 16 T	3,15 Jahr
	S.	10 M. 16 T	2 J. 4 M. 5 T	3 J. 5 M. 19 T.	4 J. 1 M. 16 T.	2 J. 8 M. 6 T.	3,05 Jahr
							Bestand 31. 12. 62.
Illenau II. (Bericht 1866, Tab. 7.)	M.	9 M. 8 T.	2 J. 9 M. 16 T.	3 J. 8 M 1 T.	3 J. 1 M. 12 T	2 J. 2 M. 18 T.	4 J. 7 M. 6 T.
	Fr.	9 M. 10 T.	2 J. 5 M. 24 T.	3 J. 11 M. 6 T	3 J. 11 M. 24 T.	2 J. 3 M. 18 T	3 J. 8 M. 12 T.
	S.	9 M. 9 T.	2 J. 7 M. 22 T.	3 J. 9 M. 24 T.	3 J. 5 M. 25 T.	2 J. 3 M. 1 T.	3 J. 10 M. 24 T.

Die Aufenthaltszeit ist bei denen vor Siegburg direct ermittelt worden, bei Siegburg finden sich darüber keine Anhaltspunkte. Da *Hoffmann* in dem vorhergehenden Bericht die Aufenthaltsdauer aller Behandelten so bestimmt hat, dass er die Zahl der Aufnahmen in den durchschnittlichen Bestand dividirt hat, so sind einige Bemerkungen über diese Bestimmung am Platze, wenn man nicht den mühsamen Weg der directen Ermittelung einschlagen will.

Der durchschnittliche Bestand gehört in manchen Anstalten zu den leicht zu ermittelnden Daten, da die Zahl der Verpflegungstage aus administrativen Rücksichten festgestellt wird, und diese Zahl, dividirt durch 365 resp. 366 den durchschnittlichen Bestand ergiebt. Sollte er auf diese Weise nicht zu ermitteln sein, so würde der Durchschnitt des vierteljährigen Bestandes, oder wenn nicht anders, desselben zu Anfang und zu Ende des Jahres das annähernde Resultat ergeben. Ist nun dieser durchschnittliche Bestand und die Zahl der jährlich Aufgenommenen einmal festgestellt, so würde eine vollkommen richtige und eigentlich die einzig vollkommen richtige Methode der Bestimmung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer analog der von *Thurnam* vorgeschlagenen, bei der genauen Berechnung aus den Einzelfällen darin bestehen, dass man die Summe aller vom Beginn des Bestehens der Anstalt an Aufgenommenen dividirt in die Summe des durchschnittlichen Bestandes aller Jahre. Man hätte so die Zahl der Personen dividirt in die gesammte Verpflegungszeit, was die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ausmacht. Wenn z. B. im Beginn des 1. Jahres 100 Personen aufgenommen wären, die eine unbestimmte Zeit verpflegt blieben, so würde der durchschnittliche Bestand und die Gesammtzahl der Verpflegungsjahre des betreffenden Jahres stets 100 sein. Es würde nun die durchschnittliche Aufenthaltszeit am Ende des 1. Jahres = $^{100}/_{100}$ = 1 Jahr, am Ende des 2. $^{200}/_{100}$ = 2 Jahr, am Ende des 3. $^{300}/_{100}$ = 3 Jahr etc. sein. Nach dieser Methode müsste man denn z. B., wenn man den Unterschied der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer während des 21.—25. Jahres nach dem Bestehen der Anstalt von den früheren Jahren ermitteln wollte, das Resultat vom 1. bis 25 Jahre vergleichen mit dem Resultate vom 1.—20. Jahre. Diese Methode würde sachlich vollkommen richtig, dagegen würde sie vielleicht schon etwas mühsam, besonders aber mit dem Mangel behaftet sein, dass die sich ergebenden Unterschiede sehr kleine, praktisch nicht abzuschätzende Brüche wären.

Als eine bequeme Methode könnte die von *Hoffmann* ausgeführte unter gewissen Umständen allerdings Auskunft geben, näm-

lich in dem Falle, wenn die Zahl der Aufnahmen der Zahl des Abgangs vollkommen gleich wäre, und der überkommene Bestand beim Beginn der betreffenden Periode dem bleibenden beim Ende derselben bezüglich der Zahl und Qualität der Fälle vollkommen gleich wäre. In diesem Falle würde der Durchschnittswerth zwar sachlich nicht richtig sein, insofern die Aufnahmen und die in Betracht gezogene Verpflegungszeit nicht zu einander gehören, dagegen würde das Resultat eine richtige Zahlenbeziehung enthalten. Es würde ein vergleichbares, praktisch brauchbares sein. Jene Voraussetzung trifft aber selten zu. Namentlich in verbundenen Anstalten, wo die Zahl der Aufnahmen stets wächst, und die Grösse des Bestandes keine fixe ist, wird diese Methode zu kleine Zahlen für die durchschnittliche Aufenthaltszeit ergeben. Es bleibt beim Ende der Periode ein Bestand von Fällen, deren Aufenthaltszeit in der Anstalt sich noch erst ergeben wird, von dem zwar der Theil mit in Rechnung gezogen ist, der dem Bestande zu Anfang der Periode entspricht, wogegen der durch ein Plus von Aufnahmen dieser Periode bewirkte auf den durchschnittlichen Bestand noch nicht hinreichend hat einwirken können. Es ist daher die Zahl der Aufnahmen zu der Aufenthaltszeit, der Divisor: Dividend zu gross und das Resultat zu klein. Aus den entgegengesetzten Gründen würde die entgegengesetzte Methode, die Zahl der Ausscheidungen zu benutzen, zu grosse Durchschnittsdauern ergeben. Es bleibt hier nämlich am Ende der Periode ein Bestand, aus dem noch keine Ausscheidungen erfolgt sind, der zwar zum Theil ersetzt wird durch den Bestand zu Anfang der Periode, der aber wegen der vermehrten Aufnahmen noch ein Plus enthält, das sich im durchschnittlichen Bestande bereits geltend gemacht hat. Es ist daher hier der durchschnittliche Bestand zu gross in Bezug zu den Ausscheidungen, der Dividendus zum Divisor, daher das Resultat zu gross. Man wird daher nach der Analogie, wie die Benutzung des arithmetischen Mittels aus der Geburts- und Sterblichkeitsziffer ein jedenfalls richtigeres, wenn überhaupt irgendwie brauchbares Resultat bezüglich der Ermittelung der durchschnittlichen Lebensdauer abgiebt, als die Benutzung jeder einzelnen dieser Ziffern, das arithmetische Mittel aus der Zahl der Aufnahmen und Ausscheidungen benutzen, wobei allerdings zu bemerken, dass in dem Resultat jetzt um so weniger ein correctes sachliches Verhältniss, sondern nur eine, allerdings sehr einfache, unter Umständen richtige und sehr vergleichbare Zahlenbeziehung ausgedrückt ist. Bei *Martini* z. B. ergiebt eine für die Jahre 1860—62 auf diese Weise ausge-

führte Berechnung, wobei für den durchschnittlichen Bestand die Durchschnittszahl aus dem Bestande zu Anfang und zu Ende der Periode genommen wird, 280,3, während seine obige Berechnung nach den Ausscheidungen 285,6 ergiebt.

Man kann jedoch dieser Art von Berechnung nur einen sehr relativen Werth beilegen. Er dürfte sich überhaupt nur auf einen Theil der sogenannten Heilanstalten mit raschem Wechsel beschränken und hier auch seine Mängel hinreichend fühlbar machen. Er hängt nämlich nicht etwa von der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer, sondern von der längsten Aufenthaltsdauer einzelner Fälle ab. Wo, wie in verbundenen Anstalten, Fälle 30 Jahre und viel länger verpflegt bleiben, könnte erst nach Ablauf dieser Zeit von der Möglichkeit eines richtigen Resultates die Rede sein. Es würden nämlich bis dahin diese Fälle auf den Bestand hinreichend einwirken, jedoch nicht als Abgang in Rechnung kommen. Da sie nun als solcher mit den Aufnahmen den Divisor abgeben, so würde dieser bei der Berechnung zu klein, mithin das Resultat, wenn nach einigen Jahren der Bestand hinreichend angewachsen ist, zu gross sein. Man kann sich hiervon leicht durch die Rechnung überzeugen, wenn man annimmt, dass eine unbestimmte Reihe von Jahren hindurch jährlich 100 Aufnahmen erfolgen, wovon die eine Hälfte nach 1jähriger, die andere nach 10jähriger Aufenthaltsdauer abgeht. Es wird sich dann erst nach 10 Jahren das bestimmte mittlere Verhältniss zwischen Aufnahme und Entlassung und ein gleichbleibender Bestand als Grundlage der Rechnung ausbilden. Dasselbe Verhältniss wird sich bei wachsenden Aufnahmen gegen früher derselben Qualität wiederholen. Ausserdem sind die Resultate dieser Methode von zufälligen Wechseln der Aufnahmen und Entlassungen abhängig. Zum Beweise des Gesagten lassen wir für Marsberg von einer Reihe von Jahren nach obiger Berechnung durch Division des arithmetischen Mittels aus Aufnahmen und Entlassungen in den durchschnittlichen Bestand die Werthe folgen, und setzen zum Vergleich die eigentlich richtige Berechnung hinzu, welche gewonnen ist aus der Division der Aufnahmen in die wirkliche Verpflegungszeit (welche nach Tabelle 1. für 1836 120 Jahr, für 1836—37 284,1 Jahr etc. beträgt). Da wir vor 1836 keine exacten Nachweise über den durchschnittlichen Bestand, also die Verpflegungszeit haben, so nehmen wir den Bestand im Beginn des Jahres 1836 mit zu den Aufgenommenen.

1. Durchschnittliche Aufenthaltszeit, gefunden durch Division des arithmetischen Mittels aus Aufnahmen und Ausscheidungen in den durchschnittlichen Bestand.	2. Durchschnittliche Aufenthaltszeit, gefunden durch Division der Aufnahmen in die gesammte Verpflegungszeit bis zum Schluss des betreffenden Jahres.
Jahr 1836 : 2,45	Jahr 1836 : 0,71
- 1837 : 2,98	- 1836—37 : 1,18
- 1838 : 3,05	- 1836—38 : 1,49
- 1839 : 2,54	- 1836—39 : 1,71
- 1840 : 2,57	- 1836—40 : 1,45
- 1854 : 2,87	- 1836—54 : 2,78
- 1855 : 3,15	- 1836—55 : 2,76
- 1864 : 3,195 (3,28)	- 1836—64 : 3,05

Es hat also bis zum Jahre 1840 bei obiger Berechnung kein annäherndes Resultat erzielt werden können. Und doch waren die Verhältnisse nicht so ganz ungünstig dazu, wie sie wohl hätten sein können, da ein Theil der Fälle seit langen Jahren vorhanden, also zum Ausscheiden geneigter war. Um dann das einigermaassen übereinstimmende Resultat des Jahres 1854 für 1855 zu stören, bedurfte es nur des bedeutenden Sinkens der Aufnahmen für letzteres Jahr, wodurch der Divisor zu klein, das Resultat daher zu gross wurde.

Für 1864 würde die Differenz bei richtiger Berechnung noch grösser sein. Es sind nämlich jene 72 nicht zu den Ausgeschiedenen gerechnet, dagegen sind sie in dem Verpflegungsbestande seit der Ausscheidung nicht enthalten. Würde man sie darin belassen, so würde das Resultat der 1. Colonne 3,28 sein. So viel, um nicht etwa den nach dieser Methode gefundenen Resultaten zu viel Werth beizulegen. Es bleibt noch Einiges über die Durchschnittswerthe überhaupt zu sagen übrig, auch wenn sie auf exacte Weise gefunden sind, namentlich deshalb, weil dessen Nichtbeachtung in der Literatur manche irrthümliche Behauptungen veranlasst hat. Es bedeutet nämlich nicht, sowohl bezüglich aller Verpflegten, als einzelner Kategorieen, z. B. der Geheilten, dass mit grösserer durchschnittlicher Aufenthaltsdauer eine grössere Aufenthaltsdauer aller einzelnen Fälle der betreffenden Kategorie, oder auch nur des grössten Theils derselben gegeben sei. Desgleichen kann die durchschnittliche Aufenthaltsdauer vollkommen dieselbe bleiben und doch wesentliche Veränderungen der Auf-

enthaltszeit des grössten Theils der Verpflegten vor sich gehen. Um ein grelles Beispiel vorzuführen, wollen wir annehmen, dass im 1. Falle von 100 während 5 Jahren Verpflegten 20 Personen jede 5 Jahre lang verpflegt würde, die übrigen 80 jede ¼ Jahr, so würde die gesammte Verpflegungszeit betragen $5 \times 20 + 80 \times \frac{1}{4}$ Jahr = 120 Jahr. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer würde dann sein $\frac{120}{100} = 1,2$ Jahr. Nehmen wir im 2. Falle an, dass von 100 Verpflegten 5 jeder 5 Jahre verpflegt würde, und die übrigen 95 jeder 1 Jahr, so würde die Summe der Verpflegungszeit $5 \times 5 + 95 \times 1 = 120$ Jahr und die durchschnittliche Verpflegungszeit $\frac{120}{100} = 1,2$ Jahr betragen. Hier also ist die durchschnittliche Verpflegungszeit vollkommen gleich geblieben, während wirklich die Verpflegungszeit von ¼ Jahr bei 80 Personen, auf 1 Jahr bei 95 gestiegen ist. Der Fall bedeutender Erhöhung der durchschnittlichen Verpflegungszeit der Ausgeschiedenen, ohne dass in der Aufenthaltsdauer des grössten Theils derselben eine Veränderung eingetreten zu sein braucht, wird z. B. eintreten, wenn bei sonst gleichbleibenden Verhältnissen geraume Jahre Verpflegte aus irgend einem Grunde in einem Jahre durch Tod oder sonst abgehen. Ebenso wird bezüglich der Geheilten, wenn bei einer Anstalt, deren Ruf und zu der das Vertrauen des Publicums fortwährend steigt, eine Masse ganz frischer Fälle gegen früher aufgenommen werden, deren baldige Genesung und Entlassung erfolgt, die Durchschnittsziffer der Aufenthaltsdauer der Geheilten in hohem Grade abnehmen können, während die den früher Geheilten entsprechenden Fälle dieselbe frühere Aufenthaltszeit oder selbst eine längere erfahren haben.

Wie sich aus alledem ergiebt, sind diese Durchschnittszahlen der Aufenthaltszeit wenig wissenschaftlich verwerthbare Ziffern, wechseln bei derselben Anstalt je nach mancherlei Umständen, wechseln noch mehr bei verschiedenen Anstalten. Dies führt auf die Tabelle 64.

Es ergiebt sich aus der letzten Colonne, dass die durchschnittliche Aufenthaltszeit wechselt zwischen 9,2 Monaten bei Siegburg und Leubus (nach der 5. Colonne, da hier, wo sich in der betreffenden Periode fast der ganze Bestand erneuert, die Durchschnittszahl der Ausgeschiedenen nahe gleich der Durchschnittszahl der Verpflegten ist) und 4,80 Jahr bei der Retreat. Dies muss natürlich von grösstem Einfluss z. B. bezüglich der vorkommenden Todesfälle sein, da bei einer 5× längeren Ver-

pflegungsdauer mehr Personen sterben. Bezüglich der Geschlechter ergiebt sich bei der Summe der Verpflegten und bei den Ausgeschiedenen meist eine längere Verpflegungsdauer der Frauen, doch nicht ohne Ausnahme. In Illenau I. z. B. findet sich das Gegentheil, Illenau II. folgt bei den Ausgeschiedenen der allgemeinen Regel, zeigt jedoch im Bestande wieder ein plus für die Männer. Auch ist die Höhe des Unterschieds eine sehr wechselnde. In Betreff der Geheilten gilt für den Unterschied der Geschlechter ebenfalls das eben Gesagte. Bezüglich ihrer müssen noch einige Data beigebracht werden. Zuerst die Bemerkung von *Esquirol* (*Esqu.* von *Bernhard*, I. Seite 56), dass von *Pinel* die mittlere Dauer der Geisteskrankheit zwischen 5—6 Monaten festgesetzt sei. *Esquirol* bezweifelt dies und führt seine oben angeführte Tabelle als Gegenbeweis an. Aus obiger Zusammenstellung ergiebt sich aber, dass seine Tabelle von den meisten anderen unter ähnlichen Verhältnissen gesammelten durch die sehr geringe Zahl in der ersten Zeit Genesener abweicht, und dass *Pinel's* Angaben aus diesem Grunde wohl zu glauben sind. In den oben angeführten Notizen des Bloomingdale Asyl. figurirt ebenfalls zugleich mit dem hohen Procent-Satze für die 1. Monate eine mittlere Aufenthaltsdauer der Geheilten von 5 Monaten, bei den Frauen etwas mehr. Es schwanken die Angaben der Durchschnitts-Aufenthaltszeit der Geheilten daher zwischen 5 Monat und 15,8 Monat. Es ergiebt sich zugleich aus dem Angeführten, dass die niedrigen Ziffern den Anstalten zukommen, welche in der Lage sind, eine grosse Anzahl ganz frischer Fälle zu bekommen. Auch bezüglich der anderen Kategorieen der Entlassenen ergiebt sich das Wechselnde, wenn auch mehrfach, z. B. auch bei den Gestorbenen zum Theil die längere Dauer bei den Frauen wiederum hervortritt. Bei den nachträglich beigebrachten Daten von Illenau II. ergiebt sich für die meisten Kategorieen der Entlassenen, so speciell auch für die Geheilten und für die S. der Ausgeschiedenen, den obigen Ausführungen entsprechend eine geringere durchschnittliche Aufenthaltszeit, als für den früheren Zeitraum in Illenau I. — Wenn demnach bezüglich dieser Durchschnittszahlen der Geschlechter die Folgerung gemacht wird (z. B. *Martini* Bericht 1864 S. 25), dass die Frauen bis zur Genesung durchschnittlich einer längeren Behandlungszeit bedürfen, daher bei bestimmtem Normal-Krankenetat die Normalzahl der weiblichen Kranken um 5 Procent höher anzunehmen sei, so ist dies, wie die Tabelle zeigt, doch nicht ganz ausnahmslos und theilweise der Unterschied sehr unbedeutend. Es drückt dieser Durchschnittswerth zugleich etwas sehr Zusam-

mengesetztes aus und lässt sehr wohl bei einem Theil der Fälle kürzere Genesungsfristen zu, ist eine künstliche Zusammenstellung von einem Stück Krankheitsverlauf mit einem nach Umständen verschiedenen Stück gesunden Lebens. Er ist in seinem Zustandekommen wesentlich bedingt von der Periode des Krankheitsverlaufs, wo der Eintritt in die Anstalt erfolgt, von dem oben für einen bestimmten Zeitraum nachgewiesen wurde, dass alsbald nach dem Beginn bei einem grossen Theil der Fälle die Genesung in kurzer Zeit, nach Monaten jedoch erst nach geraumer Zeit eingetreten sein, ferner dass das Verhältniss der Geschlechter für die längeren Zeiträume kein ganz fixes ist, und dass das Ueberwiegen der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer bei den Frauen mit unserer durchschnittlichen Krankheitsdauer nicht übereinstimmt.

Eine 2te von *Martini* und in ähnlicher Weise vielfach gemachte Folgerung (*Martini*, Bericht 1860, S. 31) ist, dass unter der männlichen Irren-Bevölkerung die Bewegung rascher ist, die Frauen längere Behandlungsfristen bedürfen, das Heilungs- (?) und Mortalitäts-Verhältniss geringer ist und daher mehr Frauen ungeheilt bleiben, so dass diese in Pflege-Anstalten sich mehr anhäufen. Ueber die durchschnittliche Behandlungszeit bei uns war die Rede. Im Ganzen war sie bei den Frauen etwas grösser. Was die Summe der Ausgeschiedenen betrifft, so betrug sie nach jenen Zahlen in Tabelle 63. bei den Männern 89,8, bei den Frauen 86,2 Procent. Es träfe also jene Annahme zu. Es ist dabei jedoch zu bemerken, dass unter den ausgeschiedenen Männern auch jene 72 übergesiedelten sich befinden, die doch eigentlich in der Verpflegung geblieben sind. Rechnet man diese ab und berechnet man dann bis zum Ende des Jahres 1864 die Procent-Sätze der Ausgeschiedenen zu den Aufgenommenen, so ergiebt sich Folgendes:

				Procente.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
Geheilte	351	362	913	29,6	28,8	29,3
Gebesserte	214	143	357	11,5	11,4	11,5
Ungeheilt Entlassene	270	174	444	14,5	13,9	14,3
Gestorbene	538	390	928	28,9	31,1	29,8
Summa	1,573	1,069	2,642	84,5	85,2	84,8

Es stellt sich demnach, wie bei *Martini*, für die Geheilten ein geringes Minus für die Frauen. Dass dies jedoch nicht die

Regel ist, und nur auf den künstlichen Verhältnissen der Anstalt beruht, ist anderswo nachgewiesen. Für die Gebesserten und Ungeheilten haben die Frauen ebenfalls ein geringes Minus. Dagegen sind mehr Frauen gestorben. Als Resultat ergiebt sich denn, dass eine etwas grössere Anzahl von Frauen ausgeschieden ist. Wir haben daher im Bestande, jene 72 Männer mitgerechnet, eine geringere Anzahl von Frauen, als es dem Aufnahme-Verhältniss entspricht. Dies ist dem, wie anfangs ausgeführt, gewöhnlichen Vorkommen entgegengesetzt und erscheint, mit Rücksicht auf die vorhin angeführte Bemerkung, sowie auf den sich von selbst aufdringenden Anschein der Sache befremdlich. Man sollte sagen, dass da, wo eine grössere Aufenthaltszeit sich ergiebt, auch eine verhältnissmässig grössere Anhäufung stattfinden müsse. Man könnte daher in vorliegendem Falle zunächst daran denken, dass die geringe Aufenthaltszeit der Männer, welche sich bei uns mehr angehäuft haben, daher rühre, dass die 72 Uebergesiedelten mit in den Bereich der Rechnung gezogen seien. Dies ist jedoch nicht der Fall, da durch Mitberechnung des Verpflegungsbestandes, wie ein Vergleich der 5. und 6. Colonne lehrt, die durchschnittliche Aufenthaltszeit erhöht wird. Es rührt diese Ungleichheit daher, dass die durchschnittliche Aufenthaltsdauer über die Schwankungen derselben in verschiedenen Zeiten und die dadurch bedingte Verschiedenheit des Bestandes und seiner Elemente keinen Aufschluss geben kann. Die ganze Zeit zusammengenommen ergiebt sich natürlich ein grösseres Verhältniss des durchschnittlichen Bestandes der Frauen gegen die Männer, als es den Aufnahmen entspricht, es betrug nach Früherem 100 : 71.

Die verschiedene Aufenthaltsdauer der einzelnen Kategorieen der Entlassenen je nach den Erblichen und Nichterblichen finden sich für Leubus von *Jung* (l. c. S. 645) zusammengestellt. Für die Geheilten war die mittlere Aufenthaltsdauer bei den Erblichen 227, bei den Nichterblichen 230 Tage, also weniger Gegensatz, als bei uns, und zwar waren je nach den Gruppen (a., b., c.) bald die Einen, bald die Anderen überwiegend. Den grössten Gegensatz lieferten die Gestorbenen (Erblichen 217, Nichterblichen 285 Tage, also analog unseren Verhältnissen), doch auch hier wieder verschiedenes Verhalten der einzelnen Gruppen. Die Gebesserten und Ungeheilten liefern bei ihm auch ein Uebergewicht der Nichterblichen, während das Verhältniss bei uns wechselt.

Bezüglich der Geschlechter bei den Erblichen hat *Jung* für die Frauen etwas grössere Zahlen (239 — 248), was bei uns sich entgegengesetzt verhält.

Jung liefert (ibid.) auch eine Procent-Zahl der bis zu 1jährigen und über-1jährigen Genesenen je bei den Erblichen und Nichterblichen. Wir lassen die Procente für die über-1jährigen folgen und setzen unsere Zahlen der Krankheitsdauer nach dem Termine der Entlassung gerechnet für 1861—64 darunter.

Ueber-1jährige.	Erbliche.			Nichterbliche.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
Jung	17,41	16,46	16,92	13,30	21,70	17,16
Marsberg	27	33,3	30,3	23,3	21,2	22,2

Es ergiebt sich also ein principieller Gegensatz, sowohl bezüglich der Erblichen und Nichterblichen, als bezüglich der Geschlechter. Es geht aus alledem hervor, wie wenig Uebereinstimmung und wissenschaftlicher Gewinn von diesen künstlichen Zusammenstellungen zu erzielen ist, und in wie hohem Grade die eigentlichen Gesetze des Erkrankens durch zufällige Störungen verwischt werden.

Genesungen je nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme.

Wir nähern uns einer weiteren Aufgabe, dem Verhältniss der Genesungen, je nach der Krankheitsdauer vor Einlieferung in die Anstalt. Es ist dies Verhältniss Gegenstand vielfacher Untersuchungen gewesen. Die denselben zu Grunde liegende Tendenz war meist die, die Bedeutung des Einflusses eines frühzeitigen Anstaltsaufenthaltes für einen hohen Procent-Satz von Genesungen an den Tag zu legen. Es ergeben diese Zusammenstellungen aber, wie sich zeigen wird, auch das beste Material zur Vergleichung der Heilprocente verschiedener Anstalten. Wir geben die Genesungen je nach der Krankheitsdauer vor Einlieferung in die Anstalt, insoweit der Beginn der Krankheit hinreichend genau ermittelt werden konnte und mit Fortlassung der Uebrigen nach dem mehrfach besprochenen Grundsatz, indem wir bezüglich der zu machenden allgemeinen Folgerungen auf das (S. 123 ff.) Gesagte verweisen, in Tabelle 65.

Tab. 65.

Krankheitsdauer vor Einlieferung in die Anstalt.

	Geheilte 1836—1864.			1856—60.		1861—64.	
	M	Fr.	S.	M	Fr	M.	Fr.
— 1 Monat . . .	67	32	99	18	11	23	12
— 2 - . . .	105	91	196	13	8	14	22
— 3 - . . .				9	11	6	7
— 6 - . . .	83	59	142	15	10	11	12
— 9 - . . .	37	40	77	5	8	5	9
— 1 Jahr . . .	25	21	46	4	7	3	2
— 1½ - . . .	40	27	67	2	1	1	4
— 2 - . . .				1	—	—	2
— 3 - . . .	25	13	38	2	—	1	1
— 5 - . . .				1	1	1	—
— 10 - . . .	4	3	7	—	—	—	—
über 10 - . . .	5	—	5	—	—	—	—
Summa .	391	286	677				

Die Procent-Berechnungen zu der Gesammtzahl von Fällen der betreffenden Kategorie sind nach Tab. 45a. gemacht und beigefügt in Tab. 66.

Tab. 66.

Heilungs-Procente.

	1836 -1864.			1856—1864.			1861—1864.		
	M	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
— 6 Monat	53,6	48,5	51,4	49,3	48,2	48,8	48,6	51,9	49,8
— 1 Jahr .	26,3	35,1	30	17,3	40,2	26,5	15,1	32,4	21,8
über 1 Jahr .	10,3	9	9,8	3,5	5,6	4,3	2,4	9,5	5
Summa	27,3	27,9	27,6	23,4	30,7	26,5	22,4	33,5	27,1

Wenn wir nach *Martini's* Vorgang mit A. die Fälle bis zu 6monatlicher, mit B. bis zu 12monatlicher, mit C. mit über-1jähriger Krankheitsdauer vor Einlieferung in die Anstalt bezeichnen, so ergiebt sich für A. wenig Unterschied, von 51,4—49,8. Für B. ergiebt sich dagegen eine zunehmende Abnahme von 30 Procent für 1836—64, auf 21,8 für 1861—64. Noch stärker ist diese Abnahme für C., von 9,8 Procent für 1836—64, auf 5 für 1861—64.

Der Grund mag zum Theil auf Innehaltung einer strengeren Begriffsbestimmung der Genesungen für die letzteren Zeiträume fallen, zum Theil fällt er auf die oben besprochene mangelhafte Ausscheidung periodischer Fälle und zwar vorzugsweise Männer, deren Krankheitsform oft noch später die Aufnahme nöthig zu machen scheint, während der früheren Zeiträume. Dieselben gehörten fast sämmtlich den Fällen C. an. In Betreff des Verhältnisses der Geschlechter zu einander bei A., B. und C., so ist es bei A., verglichen mit B. und C., für die Männer durchgehends am günstigsten. Für B. und C. wechselt es. Es ergiebt sich nämlich für 1861—64 mit der Länge der Zeit ein zunehmendes Ueberwiegen der Frauen. Für 1856—64 ist das Uebergewicht dagegen für B. am stärksten. Für 1836—64 ist es für B. bedeutend vorhanden, dagegen überwiegen bei C. die Männer, was sich aus dem Gesagten erklärt.

Worin haben alle diese Verhältnisse ihren Grund?

Nach obigen Bemerkungen sind wir nicht zu der Annahme geneigt, dass sie allein, oder auch nur vorzugsweise dem Einflusse des Anstaltsaufenthaltes zukommen. Wir legen das grösste Gewicht vor der Hand auf den normalen Verlauf des Krankheitsprocesses. Wo aber ist eine Tabelle über einen solchen. Es gehörte dazu die genaue Kenntniss sämmtlicher in einem begrenzten Bezirk, innerhalb und ausserhalb der Anstalten vorkommenden Fälle von Geisteskrankheit, und Beobachtung bis zum Eintritt der Genesung oder entschiedener Unheilbarkeit. Bis eine solche Tabelle existirt, haben wir uns zur annähernden Ermittelung des normalen Verlaufs mit den uns zu Gebote stehenden Materialien zu behelfen.

Will man nämlich wissen, wie gross bei einer bestimmten Zahl frischer Fälle von Geisteskrankheit das Verhältniss der bis zu 6 Monaten zu den bis zu 1 Jahr und über 1 Jahr Genesenen sei, so giebt die Tabelle 46. der Krankheitsdauer für 1861—64 darüber unmittelbar noch keine Auskunft. Denn zu den Fällen, welche von 6 Monat bis 1 Jahr in die Anstaltsbehandlung kamen, gehören noch eine Reihe solcher, welche bis zu 6 Monat in Genesung übergingen, und deren Mangel die Zahl der unter-6monatlichen Fälle herabdrückt. Ebenso verhält es sich mit den über-1jährigen. Es gehört deswegen, um über die Genesungsverhältnisse nach verschiedener Krankheitsdauer ein richtiges Bild zu bekommen, noch eine Correctur dazu. Wir bezeichnen wieder mit A. B. C. die Fälle, welche vor Einlieferung in die Anstalt, eine Krankheitsdauer bis 6 Monat, von 6 Monat bis 1 Jahr und über

1 Jahr hatten. Es stammen nun alle bis zu 6 Monat Geheilten der Tabelle offenbar von A. Will man die Zahl erhalten, die A. zu den Ueber-6monatlichen in Tabelle 46. stellt, so muss man die von B. und C. Geheilten in Abzug bringen. Vorher ist jedoch noch zu bemerken, dass man nicht ohne Weiteres die in Tab. 65. verzeichneten Zahlen nehmen darf, sondern nur die zugleich in der Tabelle der Krankheitsdauer geltenden. Sie betragen für B 10 Männer, 11 Frauen = 21, und für C. 3 Männer, 6 Frauen = 9. Man erhält so nach obiger Anleitung für A. 40 (21 Männer, 19 Frauen) als nach mehr als 6 Monat geheilt, während die bis 6 Monat Genesenen 57 beträgt. Zieht man nun weiter die von C. Genesenen von den über 6 Monat Genesenen ab, so bleiben für A. und B. als über 6 Monat Genesene 61 (31 Männer, 30 Fr.). Da sich nun die Zahl der über 6 Monat Genesenen zu den unter 6 Monat Genesenen verhält wie 40 : 57, so gehören zu 61 über 6 Monat Genesenen 87 unter 6 Monat. Wir haben demnach, wenn wir nur die Fälle von A. und B. und die zu B. zu Ergänzenden berücksichtigen, folgende Tabelle:

Tab. 67.

— 6 Monat: 87;	von 6 Monat bis 1 Jahr: 47;	üb. 1 Jahr: 14 S. 148.
= 58,8 Procent	= 31,8 Procent	= 9,5 Procent.

Dies ist also das Verhältniss derer, welche von einer bestimmten Zahl frischer Fälle in den unterschiedenen Zeiträumen in Genesung übergehen. In Wahrheit enthält jedoch diese Berechnung noch manche Mängel zu Ungunsten der Fälle mit kürzerer Krankheitsdauer. Sie entstehen aus dem Grunde, dass z. B. die Bis-6monatlichen weit davon entfernt sind, sämmtlich Fälle zu sein, die von dem ersten Entstehen bis zu 6 Monaten beobachtet sind. Ein grosser Theil fällt im Gegentheil auf die letzten Monate. Es geht daher ein grosser, bis dahin genesener Theil der Berechnung verloren. Und es wäre sehr möglich, dass eine das Verhältniss versinnlichende Curve, welche schon in den von uns unterschiedenen Zeiträumen von den älteren zu den frischen rasch in die Höhe steigt, bei Berücksichtigung dieser ganz frischen Fälle ausserordentlich steil emporsteigen würde. Ebenso wird die geringere Zahl frischer Fälle dadurch bewirkt, dass B. bei Weitem nicht alle Fälle enthält, die genau von 6 Monat bis 1 Jahr beobachtet sind, im Gegentheil stammen einige Fälle aus dem 11. und 12. Monat. Dadurch wird einestheils die Zahl der Geheilten

während der Dauer von 6 bis 12 Monaten, und in um so höherem Grade die der hinzugerechneten Geheilten bis 6 Monat bedeutend verringert. In Wirklichkeit würde daher die Zahl der bis zu 6 Monat Geheilten die von 58 pCt. sehr übersteigen, und vor Allem die nach 1 Jahre sehr zurückstehen.

Will man übrigens eine Procent-Berechnung der Genesungen zu den Aufnahmen unter Zugrundelegung obiger Zahlen, als einem normalen Krankheitsverlaufe entsprechend anstellen, getrennt für Fälle, die frisch sind, die eine 6- und 12monatliche Krankheitsdauer überschritten haben, um z. B. noch den Vergleich mit den Genesungs-Procenten bei A. B. C., also bei den draussen bis zu dieser Krankheitsdauer Gewesenen anstellen zu können, so lässt sie sich folgendermaassen anstellen. Die zu unseren Geheilten gehörende Gesammtzahl kennen wir für A. Für die zu B Hinzuergänzten müssen wir sie berechnen. Es kommen nämlich zu den 57 von A. in den ersten 6 Monaten Geheilten noch 3 (1 Mann, 2 Frauen) als gebessert und ungeheilt Ausgeschiedene und 11 (7 Männer, 4 Frauen) Gestorbene. Summa aller Ausgeschiedenen 71. In demselben Verhältniss werden die 30 Geheilten, welche wir aus B. hinzu ergänzt haben, 37 Ausgeschiedene innerhalb 6 Monaten stellen, so dass die Gesammtzahl aller Fälle, aus denen überhaupt Genesungen stattfinden, 215 + 37 + 87 (= die Gesammtzahl von B.) = 339 beträgt. — Wenn man ferner wissen will, wie viel Fälle von dieser Gesammtzahl nach 6 Monaten noch vorhanden sind, um das Genesungsverhältniss der Fälle mit über 6monatlicher Krankheitsdauer zu berechnen, so muss man von der Gesammtzahl die Fälle abziehen, welche nach 6 Monaten genesen, gestorben und sonst entlassen sind. Nach Obigem ist diese Zahl 108; die bleibende Zahl also 231. — Wenn man endlich die Zahl der noch nach 1 Jahre vorhandenen Fälle bestimmen will, so muss man ferner von letzterer Zahl Diejenigen abziehen, welche von 6 Monaten — 1 Jahr genesen (47 = 24 Männer, 23 Frauen), gestorben (18 = 9 Männer, 9 Frauen) und sonst entlassen sind (17 = 9 Männer, 8 Frauen), Summa 82. Bleibt für Ueber-1jährige als Gesammtzahl 149. Es entsteht daher folgende Tabelle:

	— 6 Monat.	— 1 Jahr.	über 1 Jahr.
Gesammtzahl . . .	339	231	149
Geheilte	148	69	14
Procente	43,3	26,4	9,4

Die Zahl der Genesenen ist nämlich für die — 6monatlichen Fälle die der Gesammtzahl der Genesenen, für die über-6monatlichen dieselbe minus der — 6 Monate Genesenen, für die über 1 Jahr Alten dieselbe minus der — 1 Jahr Genesenen.

Diese Tabelle hat offenbar ihre Mängel, die namentlich durch die zu Grunde liegende kleine Zahl und durch die Zusammenstellung nicht ganz gleich langer Krankheitsfälle in eine Rubrik bedingt sind. Doch ist sie hinreichend, um die grosse Verschiedenheit der erlangten Genesungs-Precente da hervortreten zu lassen, wo nur die Verschiedenheit der Dauer vorhanden ist.

Die Genesungsfälle mit längerer als 6monatlicher Krankheitsdauer sind übrigens, da sie nicht durch Rechnung gefunden sind, sondern die ursprünglichen Zahlen enthalten, viel zuverlässiger.

Würde man dieselbe Rechnung auf die Geschlechter ausdehnen, wobei die Zahlen ebenfalls für unter-6monatliche, also ganz frische Fälle durch Rechnung theilweise gefunden, für die anderen aber aus directen Zahlen abgeleitet wären, so würde nach obigen Angaben, und aus Tabelle 65., 45. und 46. sich Folgendes ergeben.

	— 6 Monate.		— 1 Jahr.		über 1 Jahr.	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
Gesammt-Zahl . . .	175	164	129	102	87	62
Genesene	72	76	31	30	7	7
Procente	41,1	46,3	24	29,4	8	11,3
Summa .	43,3		26,4		9,4	

Dies wäre also das Verhältniss, in welchem die Genesungen vor sich gingen, wenn die Zeitdauer der in der Anstalt beobachteten Genesungen bei den hier eine geringe oder grössere Zeit Verpflegten das allein Maassgebende wäre.

Vergleichen wir daher mit diesen Resultaten das Genesungsverhältniss der bis zu den betreffenden Zeiträumen draussen Gewesenen. Zu diesem Zwecke sind aber noch einige Correcturen vorzunehmen. Zunächst müssen von der Gesammtzahl bei A., B. und C. die Epileptischen und die ungeheilt Entlassenen und dann wieder Aufgenommenen abgezogen werden, da diese in Tab. 46. ebenfalls fehlen. Sie gehören sämmtlich zu den Ueber-1jährigen. Dann müssen in der Zahl der von A., B. und C. Geheilten mit diejenigen und alle die als solche gelten, die es in Tabelle 46.

ebenfalls thun. Hier trifft der grösste Verlust die Fälle von A, während die bei B. zwei, einen Gestorbenen und einen Gebesserten, die in Tab. 46. als geheilt gelten, als Zuwachs erhalten. Es ergiebt sich dann folgende Zusammenstellung:

Gesammtzahl A.	M.	111	B.	M.	53	C.	M.	87
	Fr.	104		Fr.	34		Fr.	54
	S.	215		S.	87		S.	131
Geheilte von A.	M.	46	B.	M.	10	C.	M.	3
	Fr.	49		Fr.	11		Fr.	6
	S.	95		S.	21		S.	9
Heilungs-Procente A.	M.	41,4	B.	M.	18,9	C.	M.	3,4
	Fr.	47,1		Fr.	32,4		Fr.	11,1
	S.	44,2		S.	24,1		S.	6,4

Vergleicht man nun diese Genesungsverhältnisse mit den früher angeführten bei Fällen, welche sich eines längern, theilweise eines viel längern Aufenthaltes in der Anstalt erfreuten, so ist das Resultat jedenfalls sehr interessant. Von jenen ungeheuern Abständen, die den vielfach entgegen tretenden Angaben zu Grunde liegen, wonach draussen fast alle ungeheilt bleiben und drinnen so ungeheuer viel mehr geheilt werden, zeigt sich bei so verschieden langem Anstaltsaufenthalt, der doch gradual in den Heilprocenten sich geltend machen müsste, wenig genug. Die Verschiedenheiten bei A. und den obigen — 6monatlichen Fällen sind natürlich nur solche des Rechnens. Bei B. ergeben sich 24,1 Procent, während die obigen von 6—12monatlichen Fälle 26,4 Procent ergeben. Dasselbe gilt für C., wo die Fälle mit grösserer Anstaltsbehandlung 9,4, die Fälle C. nur 6,4 Procent ergaben. Wenn schon für diese Vergleichungen Bedenken auftreten wegen der zu kleinen Zahlen*), so gewinnen diese noch mehr Gewicht, wenn man die Spaltungen und Vergleiche bis zu den Geschlechtern ausdehnt. Doch wollen wir dies Letztere ein-

*) Nach der oben citirten *Poisson*'schen Formel $2\sqrt{\frac{2m.n}{\mu^3}+\frac{2m^1.n^1}{\mu^{13}}}$ würde der Unterschied für die Fälle von 6—12 Monat und B. betragen können 0,15350, er beträgt nur 0,023, liegt also innerhalb jener Grenzen. Für die Fälle über 1 Jahr und C. könnte er ohne Veränderung der zu Grunde liegenden Ursachen betragen 0,0921; er beträgt 0,2526, liegt also ausser jener Grenze. Doch verhehlen wir nach dem mehrfach anders wo Ausgeführten unsere Bedenken bezüglich der Beweiskraft jener Formel nicht.

mal ausführen um zu zeigen, dass, wenn die Zahlen auch gross genug wären, damit die Fragen vielleicht doch nicht hinlänglich beantwortet wären. Während nämlich die Männer einen bedeutenden Abstand zu Gunsten der Anstaltsbehandlung zeigen (für die Fälle von 6 Monaten — 1 Jahr und B.: 24 Procent — 18,9 Procent; für die Fälle von über 1 Jahr und C.: 8 Procent und 3,4 Procent), stehen im Gegentheil die Frauen zurück (für die Fälle von 6 Monaten — 1 Jahr und B.: 29,4 — 32,4 Procent, für die Fälle über ein Jahr und C.: 11,1 — 11,3). Jene Unterschiede für die Männer würden auch nicht verschwinden, wenn man auf beiden Seiten die Paralytischen abzöge. Bezüglich jenes Verhältnisses der Frauen drängt sich die Erwägung auf, dass es wohl möglich wäre, dass von den bis zu längerer Krankheitsdauer in der Anstalt Verpflegten ein geringerer Theil genese, als von den bis zu dieser Zeit ausserhalb Gewesenen, wenn nämlich der Aufenthalt draussen die Genesung in einem früheren Stadium verzögerte, die nun doch in der Anstalt in einem späteren erfolgte. Es ergiebt sich daher die Nothwendigkeit, als Complement dieser Darlegungen Untersuchungen über die Genesungen bei früherer Krankheitsdauer ausserhalb der Anstalt zu besitzen.

Zu vergleichen mit anderweiten literären Angaben in der von uns ausgeführten exacten Weise findet sich nirgendwo das Material vor. Dagegen haben wir in Folgendem mit den unsrigen 2 Angaben zusammen gestellt, welche dasselbe Problem, die Zahl der Genesungen zur S. der Behandelten je von bestimmten Zeitpunkten ab, für die Aufenthaltsdauer in der Anstalt verfolgt haben.

Es genasen von den von den betreffenden Zeitpunkten an Verpflegten:

		im Beginn	nach 6 Monat.	nach 1 Jahr.	im Beginn.	nach 6 Monat.	nach 1 Jahr.
Marsberg (Krankheitsdauer) 1881-64	M.	41,1	24,0	8,0			
	Fr.	46,3	29,4	11,3			
	S.	43,3	26,4	9,4	100	61	22
Illenau, Tab. V. (Bericht 1866.) Zahl 3,934. (Aufenthaltsdauer.)	M.	39,7	27,2	17,7			
	Fr.	40,1	30,0	18,4			
	S.	39,9	28,6	18,1	100	72	45
			nach 3 Monat				
Bernhardi (Allg. psych. Ztschft. II. S.284). Zahl 1,151. (Aufenthaltsdauer.)	M.	33,5	31,5	16,2			
	Fr.	34,3	35,9	17,8			
	S.	33,9	33,5	17,0	100	99	50

Es enthält daher für Illenau und *Bernhardi* die 1. Colonne die Zahl der Genesenen zur S. der im Anfange Vorhandenen, also aller Aufgenommenen überhaupt, die 2. Colonne die Zahl der vom Ende des 6. Monats (bei *Bernhardi* 3. Mon.) ab überhaupt Genesenen zur Zahl der am Ende des 6. (3.) Monats Vorhandenen, die 3. Colonne die Zahl der nach 1 Jahr der Aufenthaltsdauer in der Anstalt Genesenen zur Gesammtzahl der am Ende dieses Jahres Vorhandenen. Die Verschiedenheiten, welche sich für diese verschiedene Methode der Berechnung ergeben, hängen von denselben Gründen ab, welche für die Verschiedenheiten der Genesungen der einzelnen Zeiträume zur Gesammtsumme der Genesenen, je nach der Krankheitsdauer und Aufenthaltsdauer früher angegeben wurden. Sie sind, dass bei der Berechnung nach der Krankheitsdauer nur diejenigen Genesungen sich geltend machen können, welche während der Aufenthaltszeit in der Anstalt erfolgen, dann, dass die Berechnung nach der Aufenthaltsdauer für die früheren Zeiträume auch diejenigen mit langer Krankheitsdauer vor der Aufnahme mit enthält, wodurch die stattfindenden Gegensätze verwischt werden. Es kommt bei der obigen Berechnung für Marsberg noch der Umstand von bedeutendem Einfluss hinzu, dass die Festsetzung nach dem Termine der Genesung und nicht der Entlassung erfolgte, so dass z. B. die im 6. Monate Genesenen zu dem frühesten Zeitraume bezogen wurden, während sie bei der Berechnung nach der Aufenthaltsdauer in der Anstalt, auch wenn diese mit dem Beginne der Erkrankung begann, zu dem folgenden Zeitraum gezogen wurden. Es ist zum Theil aus diesen Gründen das Resultat der 2. Abtheilung der vorstehenden Tabelle erklärlich, wonach in Marsberg der Gegensatz für die frühen und folgenden Zeiträume ein viel grösserer ist, als der für die anderen Angaben. Ja für *Bernhardi* ist fast gar kein Gegensatz zwischen der 1. und 2. Spalte vorhanden, sehr erklärlich, wenn man bedenkt, dass ein Theil der von 1—3 Monaten Genesenen über den 3. Monat in der Anstalt blieb, während die Gesammtzahl der am Ende des 3. Monats Vorhandenen durch die bis dahin Gestorbenen schon mehr verkleinert ist. Die hohe Zahl für den letzten Zeitraum für Illenau und *Bernhardi* hat aus den eben entwickelten Gründen nur in der subjectiven Auffassung der Berichterstatter ihren Grund. Es ergiebt sich daher, dass der Gegensatz zwischen den frühen und späten Zeiträumen bei Illenau und *Bernhardi* in Wirklichkeit weit übertroffen wird, sogar viel mehr, als es nach den Marsberger Daten scheint. — Was das Geschlechtsverhältniss anbetrifft, so erleidet die Angabe für Marsberg, wonach mit der Länge

der Zeit um so mehr das weibliche Geschlecht überwiegt, bei den Anderen die Modification, dass für den letzten Zeitraum wieder eine grössere Annäherung der Geschlechter stattfindet. Aehnliche Resultate ergaben sich nach anderen Methoden der Untersuchung auf diesem Gebiete.

Wir wenden uns dem Ausgangspunkte der Untersuchungen dieses Capitels wieder zu, dem Verhältniss der Genesungen je nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme in die Anstalt.

Zur Vergleichung haben wir eine Reihe von Angaben aus der Literatur, je nach der Krankheitsdauer, vor Einlieferung in die Anstalt, in Tabelle 69. zusammengestellt. (Siehe Seite 356 u. 57.)

Fassen wir zunächst die Fälle von 0 — 6 monatlicher Krankheitsdauer in's Auge, so ergiebt sich für eine Reihe von Angaben ein bedeutend grösserer Procent-Satz als für Marsberg. Es gehören dahin zunächst die ersten 5 Angaben, welche auch für frühere Zeiträume, 0 — 3 Monate, 0 — 1 Monat, einen bedeutend höheren Procent-Satz darbieten. Es folgen dann Siegburg und Irsee und die letzt angeführte Periode von Winnenthal und Leubus, welche namentlich mit der letzten Periode von Marsberg, ziemlich dieselben oder noch niedrigere Procent-Sätze zeigen. Dagegen zeigen die früheren Perioden von Winnenthal und Leubus und in geringerem Grade von Marsberg, höhere, den erstgenannten sich nähernde Procent-Sätze. Ganz dieselbe Gruppirung stellt sich heraus für die Zeiträume von 6 — 12 Monaten und über 1 Jahr. Mit sehr hohen Procent-Sätzen die 6 ersten, diesen in der Höhe folgend, doch nicht so bedeutend die 1. Perioden von Winnenthal und Leubus und noch mehr zurück Marsberg und zuletzt Siegburg, Irsee und die letzten Perioden von Winnenthal, Leubus und Marsberg. Für die dann folgenden Zeiträume von 1—2 und 2 — 5 Jahren stellt Thonberg noch sehr hohe Procente, es folgt. *Jessen*, Winnenthal I. und sehr abnehmend Marsberg I. Für den letzten Zeitraum von über 5 Jahren, wo Marsberg I. sehr geringe Zahlen zeigt und Marsberg II. Nichts liefert, zeigen zum Theil noch bedeutende Sätze Thonberg, *Jessen*, Winnenthal I. Es ergiebt sich aus alledem und aus einem Vergleich der letzten Colonne, dass die hohen Genesungs-Procente überhaupt, wo sie vorkommen, zu einem grossen Theil den vorzugsweise hohen für die 1. Zeiträume der Krankheit ihre Entstehung verdanken, was gleichbedeutend ist mit einem hohen Procent-Satze ganz frischer Fälle.

Tab. 69.

ergleichende Tabelle über das Verhältniss der Genesungen je nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme in die Anstalt.

		0—1 Monat.	0—3 Monat.	0—6 Monat.	6—12 Monat.	über 1 Jahr.	0—1 Jahr.	3—12 Monat.	1—2 Jahr.	2—5 Jahr.	5 Jahr —0.	2—0 Jahr.	Heilungs-Procente überhaupt.
Thonberg (Bericht, S. 87). Zahl der Aufnahmen 600.	S.	93	76	68,3	49,1	24,7	—	—	35,2	22,5	9,3	—	53,3
	M.	100	71	63,5	37,9	22,2	—	—	31,5	19	—	—	48,5
	Fr.	86	82	74,8	63,5	27,9	—	—	40	26,3	18,2	—	59,5
Knigt Lancaster I. Z. 405. 1816—23.	S.	—	87,7	—	—	—	—	3 M.-0 25,6	—	—	—	—	35,8
II. Zahl 681 (Damerow, Heil- u. Pflege-Anstalt S. 154.)	S.	—	74	—	—	—	—	24,4	—	—	—	—	32,2
Anstalt zu Worcester in Massach., Zahl 619. (ibid.)	S.	—	—	—	—	20	86	—	—	—	—	—	54,5
Dagonet (Traité, S. 117, nach Abzug der Idioten, *Dement.*, *Paral.*)	S.	64	—	—	—	27	—	40	—	—	—	—	—
Retreat bei York (*Julius*, S. 288). Zahl 404.	S.	—	79,3	—	—	19,5	62,6	46,2	—	—	—	—	47,3
	M.	—	77,7	—	—	13,6	59,8	47,9	—	—	—	—	42,9
	Fr	—	80,4	—	—	24,6	64,8	44,2	—	—	—	—	51,1
Jessen, Schleswig (*Damerow*, ibid.). Zahl 484.	S.	—	—	—	—	16	66,84	—	29,3	14,2	5,9	—	34,3
Siegburg 1844—46 (*Focke*, Ztschft. IV. S. 457).	S.	47	44	39	18	10,5	—	—	14,3	9,7	—	—	29,5
	M.	46	38	34	20	6,6	—	—	9,7	5,6	—	—	25,8
	Fr	48	53	45	12,5	16	—	—	20	15,4	—	—	34,7
Irsee von *Hagen* (Anst.-Bericht 1858). Zahl 770.	S.	69,7	54,4	49,1	14,6	8,9	40,9	—	—	—	—	—	24,3
	M.	62,5	44	38,7	17,3	8,5	33,8	—	—	—	—	—	21,2
	Fr.	[illegible]	72,7	56,2	10,6	9,4	51,7	—	—	—	—	—	[illegible]

S. 69). Zahl 248.	Fr.	—	—	95,2	37,5	19		—	—	22,7	—	—	15	38,1	
dto. II. 1843—46 (Ztschft. V. S. 205). Zahl 227.	S.	—	—	43,4	27,8	5,6		—	—	7,8	—	—	2,6	24,7	
	M.	—	—	40,7	16,6	4,8		—	—	6,7	—	—	3,1	21,4	
	Fr.	—	—	50	36,7	7,2		—	—	9,5	—	—	—	30,5	
Leubus (*Martini*, Bericht 1860, S. 29). Zahl 3,104.	S.	—	—	56,1	31,2	19,3		—	—	—	—	—	—	S. 41, M. 40,8, Fr. 41,1. 1830—44 S. 44,4. 1845—59 S. 38,7.	
dto. (Bericht 1864.) Zahl 422. (Berechnet nach den Entlassungen, diese den Aufnahmen nahe gleich.)	S.	—	—	49,07	21,54	6,53		—	—	—	—	—	—	32,94	
	M.	—	—	47,7	19,70	8,16		—	—	—	—	—	—	30,80	
	Fr.	—	—	50,47	23,43	3,84		—	—	—	—	—	—	35,38	
dto. nach Abzug der Paralytiker (ibid. S. 23). (Berechnet nach den Ausgeschiedenen.)	S.	—	—	56,79	25	7,24		—	—	—	—	—	—	37,40	
	M.	—	—	61,17	24,07	11,62		—	—	—	—	—	—	37,91	
	Fr.	—	—	53	25,86	3,84		—	—	—	—	—	—	37,50	
							a)								a)
Marsberg 1836—64. Zahl 2,457.	S.	57,9	56,4	51,4	30	9,8	11,1	44,4	35,9	21,7	8,5	2,7	5,6	29,8	33,1
	M.	62,6	57,1	53,6	26,3	10,3	11,8	44,5	55,3	22,1	9,1	8,4	6,3	30	33,8
	Fr.	50	55,4	48,5	35,1	9	10	44,3	36,4	21,1	7,6	1,7	4,6	29,4	32,1
dto. 1861—64. Zahl 502.	S.	61,4	53,5	49,8	21,8	5,4	6,7	41,7	29	12,7	4,3	—	2,1	26,5	30,9
	M.	63,9	53,2	48,6	15,1	2,4	3,2	37,8	22,9	3,2	4,3	—	2,1	22,5	26,2
	Fr.	57,1	54	51,9	32,4	9,5	12,5	46,4	37,1	25	4,2	—	2	32,7	37,1
dto. diese Tabelle nach Abzug der Paralytiker	S.	—	56,8	52,5	24,7	—	7,5	44,8	32,1	—	—	—	—	—	32,4
	M.	—	57,3	51,4	18,2	—	3,7	41,6	26,4	—	—	—	—	—	28,2
	Fr.	—	56,2	53,5	33,3	—	13,2	47	38,1	—	—	—	—	—	37,8

a) Nach Abzug der Epileptiker, Idioten und ungeheilt zum 2ten Mal Aufgenommenen.

Als wichtige Factoren kommen noch 2 hinzu, welche schon bei den hohen Procenten der langen Krankheitsdauer namhaft gemacht wurden und welche hier um so mehr hervortreten, als sie hier nicht durch die hohen Zahlen der früheren Krankheitsdauer herabgedrückt werden. Es sind der nicht hinreichend genau innegehaltene Begriff der Genesung und die mangelhafte Ausscheidung der periodischen Fälle. Dass jedoch die Ziffer der Genesungs-Procente überhaupt viel weniger von der hohen Ziffer für die letzten Zeiträume, als jener ersten beeinflusst wird, zeigt das Verhältniss von Marsberg I., Siegburg und zum Theil Irsee, welche höhere Ziffern für späte Zeiträume haben und trotzdem mit ihren Genesungs-Procenten überhaupt viel niedriger stehen.

Die nachträglich beigebrachten Data in

Tab. 69a.

Genesungen nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme

		0—1 Monat.	0—3 Monat.	0—6 Monat.	6—12 Monat.	1—0 Jahr.	1—2 Jahr.	2—5 Jahr.	5—10 Jahr.	über 10 Jahr.	Genesungs-Procent überhaupt.
Illenau (Bericht 1866. Tab. X.)	S.	79,1	69,5	63,6	36,0	18,6	24,7	18,7	15,2	11,5	35,9
	M.	80,0	69,3	62,6	34,3	19,5	23,5	18,5	18,3	14,8	36,4
	F.	78,2	69,6	64,6	38,2	17,7	26,3	18,8	12,1	8,9	35,3
Stewart (Journ. of ment. sc. 1865. S. 162). Z. 901.	S.	59,5	55,5	52,4	25,6	13,1	21,5	16,5	10,7	1,4	34,5
	M.	58,4	52,0	49,2	22,9	14,4	20,0	20,3	7,4	—	32,4
	F.	61,1	60,1	56,1	29,4	11,3	25,0	8,8	13,8	2,7	37,4
Landenberger (Bericht über Göppingen, 1866). Z. 1,100.	S.	47,6	40.4	38,2	19,0	7.6	9,7	8,8	6,9	2,0	19,9
	M.	46,8	35.2	32,8	18,7	5,2	8,2	5,0	6,8	—	14,9
	F.	48,6	48,6	45,2	19,3	11,0	12,8	14,1	7,0	4,9	22,3

geben zu denselben eben beigebrachten Bemerkungen Anlass. Sie zeigen in allen Positionen denselben eben bemerkten Abfall. Es mag an dem Beispiel von *Landenberger* darauf hingewiesen werden, dass es Umstände geben kann, wo die Krankheitsdauer allein nicht hinlänglich charakteristisch ist zur Bezeichnung der Genesungsfähigkeit der Fälle. Es werden nämlich von den öffentlichen Kranken die für unheilbar Gehaltenen aus den Staats-Anstalten oder von Anfang an hier vorzugsweise eingeliefert, so auch die Paralytiker. Daher erklärt sich wahrscheinlich das bedeutendere Zurückstehen in den Zeiträumen von 6 — 12 Monaten, 1 — 2 Jah-

ren etc. Es gehören übrigens die beiden Angaben von Illenau und *Stewart* zu den in Betreff der Genesungs-Procente begünstigten der Tabelle 69., während *Landenberger* den untersten Platz einnimmt. Das Beispiel des Letzteren, welcher bei den späteren Zeiträumen höhere Genesungs-Procente liefert, als manche Angaben der Tabelle 69., während die Ziffer der Genesungs-Procente überhaupt niedriger ist, zeigt dann wieder, dass letztere viel mehr von der Ziffer der frühen, als der späten Zeiträume abhängig ist.

Was das Verhältniss der Geschlechter zu einander in den beiden vorstehenden Tabellen betrifft, so lässt sich mehrfach ein principiell übereinstimmendes Verhalten verschiedener Angaben nachweisen. Es tritt nämlich für die frühen Zeiträume der Krankheitsdauer vor der Aufnahme, und je früher, um so mehr, ein Uebergewicht der Männer hervor, dann folgt, in der Mehrzahl der Fälle bis zum 2. Jahre, ein Uebergewicht der Frauen, während für die späteren Zeiträume der Krankheitsdauer vor der Aufnahme um so mehr ein Uebergewicht der Männer hervortritt. Wo nach den bezeichneten Richtungen nicht direct ein Uebergewicht des betreffenden Geschlechts sich ergiebt, zeigt sich wenigstens, z. B. bei überhaupt sehr starkem Uebergewicht des weiblichen Geschlechts, in den betreffenden Zeiträumen ein geringerer Gegensatz. Dieser Regel folgen mit einem grösseren oder geringeren Grade von Genauigkeit Marsberg I. und II., Illenau, *Stewart*, Leubus, Thonberg. Einige andere Angaben zeigen wenigstens bei sonstiger Abweichung von diesem Verhalten eine theilweise Uebereinstimmung, so ergeben Winnenthal I. und II. nach 2 Jahren ein Uebergewicht für die Männer, Irsee nach einem Jahre wenigstens ein geringeres Zurückstehen der Männer, als es für die frühen Zeiträume stattfindet. Die übrigen Angaben, die Retreat, Siegburg, *Landenberger*, weichen noch mehr ab. In Betreff des Letzteren mag wieder daran erinnert werden, dass die Data nicht als Ausdruck der Genesungsfähigkeit der Geschlechter gelten können, da z. B. die mehr als sonst in jener Bevölkerung vertretenen Peralytiker vorzugsweise die Männer benachtheiligen. — Es tritt bei dem uns jetzt beschäftigenden Verhältniss, betreffend die Geschlechter zu einander je nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme, der im Allgemeinen übereinstimmende Gang hervor, mit jenem ja bei den Geschlechtern der Genesenen in den einzelnen Zeiträumen der Aufenthaltsdauer (resp. Krankheitsdauer), berechnet zur Summa aller Genesungen und berechnet zur Summa der in den betreffenden Zeiträumen Behandelten.

Es ergab sich indess im Anfange dieses Capitels bei einem

Vergleiche des Geschlechtsverhältnisses der Genesenen in den einzelnen Zeiträumen je nach dem Krankheitsverlaufe in der Anstalt und je bei den bis zu demselben Zeitraum draussen Verpflegten, dass, je später der Zeitraum, um so mehr die draussen Verpflegten gegen die in der Anstalt Behandelten bezüglich der Genesungs-Procente der Männer zurücktreten, der Frauen überwiegen.

Es handelt sich darum, ob dies Factum, welches dort nur an kleinen Zahlen für Marsberg von 1861—64 nachgewiesen war, allgemeine Gültigkeit hat. In exacter Weise nach anderen Nachrichten diese Frage zu prüfen, dazu fehlen die Materialien. Den nächsten annähernden Weg zur Lösung böten die oben beigebrachten Data des Illenauer Berichtes, betreffend die Genesenen der einzelnen Zeiträume der Aufenthaltsdauer in der Anstalt zur Gesammtzahl der in den betreffenden Zeiträumen Behandelten. Wenn man nämlich einmal Krankheitsdauer und Aufenthaltsdauer in der Anstalt als gleichwerthig betrachtet, so würden die Genesungsfälle von A. in Betreff der Aufenthaltsdauer in der Anstalt denen der Gesammtzahl der Behandelten entsprechen, die Genesungs-Procente von B. denjenigen, welche überhaupt nach 6monatlicher Aufenthaltsdauer in der Anstalt erfolgen, die von C. denjenigen, welche nach 1 Jahr erfolgen. Diese Vergleichung übergehen *wir hier*, da sie mit der zugleich anzustellenden dieselben Resultate liefert. Es hat sich nämlich herausgestellt, dass die Vergleichung *der Genesungen* der Geschlechter unter sich je nach den einzelnen Zeiträumen ähnliche Resultate ergiebt, wie die Vergleichung der *Genesungs*-Procente zur Gesammtzahl der in den betreffenden Zeiträumen Behandelten und in ersterem Verhältniss das letztere annähernd seinen Ausdruck findet. Es würden dann also die Resultate von A. in Betreff des Geschlechtsverhältnisses zu vergleichen sein mit denen der Gesammtzahl der Genesenen, und dies Verhältniss muss, da es sich nur um eine Procent-Vergleichung der Gesammtzahl der Genesenen handelt, = 100 : 100 sein. Die Resultate von B. sind zu vergleichen mit den Genesungen, welche überhaupt nach 6 Monaten, die von C. mit denen, *welche* nach 1 Jahre stattfinden. So ist die 2. Abtheilung der

Verhältniss der Geschlechter zu einander bei den Genesenen, je nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme und je nach der Aufenthaltsdauer in der Anstalt.

	Krankheitsdauer vor der Aufnahme.			Aufenthaltsdauer der Genesenen in der Anstalt (Krankheitsdauer)			Procent-Berechnung bei Krankheitsdauer vor der Aufnahme.			Procent-Berechnung bei Aufenthaltsdauer in der Anstalt.		
	A.	B.	C.	Ges.-Z. der Genesenen.	über 6 Monat.	über 1 Jahr	A.	B.	C.	Ges.-Z. der Genesenen.	über 6 Monat	über 1 Jahr
Marsberg 1861—1864 . . .	114	171	327	100	103	109	19	28	53	32	33	35
dito 1836—1864 . . .	90	133	85	100	115	107	29	43	28	31	36	33
Thonberg	118	167	126	100	128	115	29	41	31	29	37	34
Retreat	103	92?	181	100	113	115	28	24,5	48	30	35	35
Siegburg	132	62,5	277	100	108	123	28	13	59	30	33	37
Irsee	168	61	111	—	—	—	49	18	33	—	—	—
Winnenthal I.	145	95	93	—	—	—	44	29	28	—	—	—
dito II.	123	221	150	—	—	—	25	45	30	—	—	—
Leubus II.	86	107	33	—	—	—	38	47	15	—	—	—
Illenau	103	111	91	100	104	121	38	36	30	31	32	37
Stewart	114	128	125	100	94	84	31	35	34	36	33,5	30
Landenberger	138	103	212	100	127	101	30	23	47	30	39	31

nach Tabelle 62. entstanden, indem die Zahl der Männer jeder Position = 100 angenommen ist. Die 1 Abtheilung enthält in derselben Weise die Ziffer der Genesungen der Frauen jedes Zeitraums je nach der Krankheitsdauer vor der Aufnahme nach Tab. 69. Um den Vergleich zu erleichtern, sind in der 3. und 4. Abtheilung die zusammen gehörigen Data jeder Angabe auf eine Gesammtzahl von 100 berechnet. Wenn man hier nun die Data von A. mit den Genesenen überhaupt vergleicht, die von B. mit den nach 6 Monaten, die von C. mit den nach 1 Jahre Genesenen, so bleiben sie unter den entsprechenden, erreichen sie oder übersteigen sie in folgender Weise:

	A.	B.	C.
—	5 ×	4 ×	3 ×
=	2 ×	0 ×	0 ×
+	1 ×	4 ×	5 ×

Das Resultat würde noch prägnanter sein, wenn man zugleich die Grösse des Abstandes berücksichtigte. Es ergiebt sich also, dass, je länger der Aufenthalt ausserhalb der Anstalt stattfand, um so mehr die Frauen bezüglich der Genesungs-Procente hervortreten, beim Vergleich mit den Genesungen nach der Krankheitsdauer (Aufenthaltsdauer) überhaupt, die Männer im *Gegentheil* zurücktreten. Es stimmt dies also mit dem im Anfange dieses Kapitels an den Marsberger Daten in exacter Weise Entwickelten überein. Forscht man nach etwaigen zufälligen Gründen dieser Erscheinung, so wird man sie bei genauerer Ueberlegung nicht in dem Umstande suchen können, dass in dem späteren Stadium der Tabelle nach dem Krankheitsverlauf zugleich diejenigen Genesungen enthalten sind, welche den späten Genesungen der mehr frischen Fälle (A. und B.) entsprechen. Dagegen könnte man daran denken, dass der grössere Theil der Angaben des Krankheitsverlaufs die Aufenthaltsdauer in der Anstalt, und nicht die Krankheitsdauer betreffen, dass jene den weiter vorgeschobenen Posten enthält, dass im Allgemeinen je später, um so mehr die Männer prävaliren und dass daher dies stärkere Hervortreten der Männer rühre. Ein Vergleich solcher Angaben, welche bei den späten Zeiträumen der Aufenthaltsdauer ein Uebergewicht der Frauen und doch das in Rede stehende Verhältniss darbieten, ferner das Ergebniss für Marsberg I. und *Stewart*, welche eben-

dasselbe zeigen, obgleich die Krankheitsdauer und nicht die Aufenthaltsdauer maassgebend war, beweisen, dass jene Erklärung unzureichend ist. Man könnte endlich den Grund des in Frage stehenden Verhältnisses in zufälligen Eigenschaften der mit längerer Krankheitsdauer ausserhalb der Anstalt eingelieferten Männer suchen. Man könnte vielleicht an eine gewisse Klasse von Paralytikern denken, welche anfangs nicht so heftige Erscheinungen darbieten, oft für Laien an manches Andere, als an Geisteskrankheiten denken lassen, oder aus anderen Gründen zu Hause gehalten werden und dann, später eingeliefert, die Heilungs-Procente für B. und C. herabdrücken. Die Rechnung bestätigt diese Vermuthung für Marsberg allerdings. Von 1861—64 befanden sich unter A. bei den Männern 5,4, Frauen 4,8, unter B. bei den Männern 17,0, Frauen 2,9, unter C. bei den Männern 4,8, Frauen 1,3 Procent Paralytische. Dies würde jedoch auch allein, wie die Berechnung zeigt, jenes in Rede stehende Verhältniss nicht erklären. Man wird deswegen vor der Hand nicht umhin können, jenes verschiedene Verhalten der Geschlechter als wahrscheinlich anzunehmen je bei früherer Anstaltsbehandlung oder Mangel derselben, mag dasselbe nun von dem oben berührten Verhalten der Frauen herrühren, oder von dem grösseren Nachtheil, den der längere Aufenthalt ausserhalb der Anstalt auf die Heilbarkeit der Männer hat.

Wenn man allgemein ein so grosses Gewicht auf die Krankheitsdauer vor Einlieferung in die Anstalt gelegt hat, um aus der Verschiedenheit der Genesungs-Resultate den Einfluss der Anstalt darzuthun, so glauben wir nachgewiesen zu haben, dass diese Schlussfolgerung nicht erlaubt ist. Dagegen sind diese Zusammenstellungen zum Zwecke der Vergleichung der Genesungs Resultate verschiedener Anstalten sehr zu verwerthen. Die Krankheitsdauer ist nämlich, abgesehen von der Form, in einigen Fällen der beste Maassstab zur Abschätzung der Natur der Krankheitsfälle, also auch der Ansprüche, die man an eine Anstalt zu stellen hat. Nur muss die Dauer in kleineren Abständen ermittelt werden. Es macht z. B. einen sehr grossen Unterschied in Betreff der bis-6-monatlichen Fälle, ob man es mit 8- oder 14tägigen und noch kürzeren oder mit 5- und 6monatlicher Krankheitsdauer zu thun hat, so dass bis-6monatliche Fälle aus einer Anstalt in einer grossen Stadt und aus einer Anstalt für einen ackerbautreibenden Bezirk grosse Verschiedenheiten ergeben werden. Die Fälle von *Dement. paralyt.*, Epilepsie, vielleicht auch noch einige andere, wie die nach apoplektischen Anfällen in Folge von Hirnkrankheit, die

nicht in der ersten Zeit einem normalen psychischen Zustande Platz machen, müssten, als bei verschiedenen Verhältnissen wechselnd, ferner die unheilbar Entlassenen und dann wieder Aufgenommenen müssten ausgeschieden werden. Auch würde es zu einem exacten Vergleich erforderlich sein, die ersten und die wiederholten Anfälle gesondert zu betrachten, wodurch in den letzteren die Periodischen enthalten wären und diese noch besonderen Cautelen unterworfen werden könnten.

Genesungs-Procente überhaupt.

Indem wir uns einer weiteren Aufgabe zuwenden, die Genesungs-Procente überhaupt zu bestimmen und einen Vergleich derselben von verschiedenen Anstalten und unter verschiedenen Verhältnissen anzustellen, können wir nicht umhin, Einiges über die bei dieser Bestimmung zu befolgende Methode zu sagen.

Soll die naturwissenschaftliche Methode, wie wohl ohne Zweifel ist, hier zur Anwendung kommen, so müssen sämmtliche Fälle bis zum Zutagetreten der fraglichen Eigenschaft, also hier des Ausgangs in Genesung, oder bis zum bestimmten negativen Ergebniss des Ausgangs in Unheilbarkeit in irgend einer Weise, vorgeführt werden, und zwar für die fragliche Beziehung jedesmal nur einmal vorgeführt werden. Fehlt der 1. Theil der Voraussetzung, die Bestimmung aller genesenen Fälle, so hat man freilich die Gesammtheit der Fälle, den Dividendus, es fehlt jedoch der Divisor, der die Höhe des zu eruirenden Verhältnisses anzeigt. Fehlt der 2. Theil der Voraussetzung, so kann man freilich alle genesenen Fälle so vorführen, der Divisor ist da, es fehlt aber das Ganze, der Dividendus, zu dem das Verhältniss der Fälle mit der gesuchten Qualität, hier die Heilung festgestellt werden soll. Ein weiteres Requisit ist, dass das Resultat ein vergleichbares sei, dass es mit Resultaten derselben Anstalt zu anderen Zeiten in seinen Entstehungsbedingungen, also in der Natur des Ganzen und der genesenen Fälle homogen, also damit vergleichbar, dass es ebenso mit den Resultaten anderer Anstalten vergleichbar sei.

Legen wir diesen Maassstab an die verschiedenen Methoden der Bestimmung der Genesungs-Procente, so ist eine Methode die, die Zahl der Genesungen zur Summe aller während der betreffenden Zeit behandelten Individuen zu berechnen. Diese Methode entspricht den obigen Anforderungen nicht. Der eine Theil des Ganzen, was zur Berechnung kommt, ein in manchen Fällen seit 30 Jahren und länger sich anhäufender Bestand, gehört zu einer Reihe von Fällen, die längst in Genesung übergegangen sind, ist hier als negativer Theil zum positiven, dem in Genesung übergegangenen berechnet, und darf nicht wieder vorgeführt werden, um die Resultate der jetzt zur Berechnung vorliegenden nicht zu trüben. Der Divisor ist eben so wenig vollständig, da die jüngst zur Aufnahme Gekommenen hinsichtlich des Ausgangs nicht vorliegen. Diese Methode liefert ferner keinen vergleichbaren Werth,

weder mit den Resultaten derselben Anstalt, z. B. den Genesungen von 20 Jahren, wo der Dividendus, wenn der Bestand z. B. gleich geblieben wäre, in seinem einen Theil, dem von jenem gebildeten, 20 mal kleiner würde, noch mit den Resultaten anderer Anstalten. die z. B. bezüglich der fraglichen Qualität, der heilbaren Fälle, 20 mal bevorzugt sein können. Eine zweite Methode macht den durchschnittlichen Bestand zum Vergleichungsganzen. Von dieser Methode sagt *Thurnam* (Zeitschrift III. S. 679, nach *Flemming*), dass sie die Dauer der Behandlung mit in Rechnung bringe. Diese Methode würde z. B. vor der vorigen den Vorzug haben, dass die durch einen grossen und geringen Wechsel in der Bewegung veranlasste Unregelmässigkeit an und für sich nicht störend in die Berechnung eingreifen würde. *Thurnam* sucht seine Behauptung dadurch zu beweisen, dass er die nach dieser Methode gefundenen Werthe multiplicirt mit dem Werthe des durchschnittlichen Aufenthalts, diesen in Jahren ausgedrückt, und so das dem Ganzen der zur Beobachtung gekommenen Fälle, den Aufgenommenen entsprechende Procent-Verhältniss herausbekommt. Der eigentliche Grund dieses Zutreffens ist der, dass die Zahl des durchschnittlichen Bestandes die Zahl der zur Beobachtung kommenden Fälle, also der Aufgenommenen, um so viel mal übersteigt, als die durchschnittliche Dauer die Zahl eines Jahres übersteigt. Wenn nämlich sämmtliche Aufgenommene gerade 1 Jahr in der Anstalt wären, so würde die Zahl des Bestandes der Zahl der Aufnahmen gleich sein. Es wäre dann also ganz gleich, ob man die Berechnung nach der Zahl des Bestandes oder der Aufnahmen machte. Wenn jeder Aufgenommene gerade 2 Jahr in der Anstalt wäre, so würde bei vollkommener Regelmässigkeit der Verhältnisse die Zahl des Bestandes doppelt so gross sein, als die Zahl der Aufnahmen und daher die Procent-Berechnung nach dem Bestande die Hälfte von der der Aufnahmen ergeben. Diese *Thurnam*'sche Anschauung, dass die nach dem Bestande ermittelte Procent-Zahl zugleich die Zeit der Behandlung angäbe, ist deshalb eine künstliche, weil in einer gemischten Anstalt der grösste Theil des Bestandes als Vergleichsganzes, von dem die Zahl der Fälle mit der Qualität der Genesung festzustellen ist, einer ganz anderen Reihe von Genesungsfällen, die längst berechnet sind, angehören. Eine Vergleichbarkeit mit derselben Anstalt zu früheren Zeiten, mit anderen Anstalten, wo der Bestand noch nicht so angeschwollen war oder ist, ist nicht vorhanden. An die natürliche Stelle von Fällen, deren Eigenschaft oder der Mangel der-

selben zu bestimmen ist, tritt ein künstliches Zahlenverhältniss, welches mit den Fällen nicht unmittelbar in Verbindung steht.

Eine 3te von einem grossen Theile deutscher Anstalten befolgte Methode ist die nach der Summe der Ausgeschiedenen. Wenn man nicht annehmen will, dass diese Methode besonders deshalb in Aufnahme gekommen sei, weil sie meist höhere Procent-Sätze liefert, als die Methode nach der Summe der Aufgenommenen, so kann man sagen, dass ihre Resultate vorzugsweise einem sachlichen Verhältnisse entsprechen. Es wird genau angegeben, wie viele aus der Beobachtung ausgetretene Fälle mit der Eigenschaft des Ausgangs in Genesung behaftet waren. Dagegen leidet sie an dem principiellen Gebrechen, dass sie namentlich bei gemischten Anstalten dies nicht bei allen Fällen thut. Ein Theil der in der Anstalt zur Beobachtung Kommenden, zu denen alle Genesenen als Ausgeschiedene berechnet werden, bleibt 40 Jahre und länger in der Anstalt. Es ist also das Vergleichsganze, sämmtliche Fälle, von denen die fragliche Eigenschaft bestimmt werden soll, der Dividendus zu klein. Diese Methode leidet noch an anderen Gebrechen. Bei verbundenen Anstalten z. B. sterben in den ersten Jahren des Bestehens wenige, nach etwa 30 Jahren sehr viele, ferner können im Verlaufe des Bestehens durch mancherlei Gründe, Epidemieen etc. das gewöhnliche Maass übersteigende Todesfälle eintreten, ferner kann der Wechsel in der Summe der ungeheilt Entlassenen, je nach der Ueberfüllung, der Zufälligkeit der Direction etc. die Genesungs-Procente bei derselben Anstalt im Verlauf der Zeit sehr ändern, ohne dass in den Genesungs-Verhältnissen der mit den früher in der Genesungsmöglichkeit übereinstimmenden Fälle irgend ein Wechsel eintritt. Diese Methode lässt ferner keinen Vergleich mit andern Anstalten zu, welche sich irgend unter anderen Verhältnissen befinden. Wenn es auch unter Umständen zutreffen könnte, dass von einer sogenannten Heilanstalt und einer gemischten Anstalt die Genesungs-Procente nach dieser Methode berechnet, genau übereinstimmten, auch mit Rücksicht auf die Qualität der aufgenommenen Fälle, so ist eigentlich in dem Sinne, wie eine Uebereinstimmung allein Werth hat, in, der Qualität nach übereinstimmenden je 2 Ganzen und 2 Theilen, von ihr keine Rede. In dem 1. Falle hat man grösstentheils mehr frische, die Beobachtung eben passirende, als nicht mehr geeignete ausscheidende Fälle, in dem 2. vielleicht 40 Jahr alte als gestorben Ausscheidende, zu denen die correlaten Genesenen längst berechnet sind. Nichts desto weniger hat diese Methode allen anderen gegenüber den Vorzug, dass sie durchaus

dem sachlichen Verhältniss entsprechende Resultate giebt, genau bestimmt, dass von diesen (wenn auch nicht zusammengehörigen) Fällen genau so viele in Genesung übergegangen sind. Sie erhält umsomehr Werth, auf je kürzere Zeiträume sich die Berechnung erstreckt, und je grösser die Spaltung nach der Qualität der Fälle, Dauer vor der Aufnahme, Erblichkeit etc. getrieben wird.

Wir kommen schliesslich zu der von uns zu befürwortenden Methode, die Genesungs-Procente zur Summe der Aufnahmen zu berechnen. Dieselbe ist von *Thurnam* (l. c.) empfohlen und ausgeführt, tritt uns z. B. in einer Reihe englischer Berichte entgegen und wird auch von einigen sehr namhaften deutschen Psychiatern befolgt. Es ist klar, dass, wenn man wirklich alle zur Beobachtung gelangten Fälle hinsichtlich der fraglichen Eigenschaft bestimmen will, diese Methode die Gesammtheit, den Dividendus, vollkommen genau giebt, und die Fälle des Ausgangs in Genesung in dem Fall ganz genau, wenn man nach nicht mehr fortberechneten Aufnahmen noch so lange wartet, als aus jener noch Genesungen erfolgen. Wir haben nach jenem Schluss, dem 31. December 1864, noch ¾ Jahr gewartet, und können die nachher noch eintretenden Genesungen das ganze Resultat, auf mehr als 3,000 Aufnahmen und nahe 1,000 Genesungen gestützt, nicht ändern. Wenn man etwa sagt, man könnte eben so gut die Summe der Ausgeschiedenen plus dem bleibenden Bestand in Rechnung ziehen, so geht unsere Methode von der bezüglich der Aufnahmen ursprünglich gleichen Beschaffenheit der Fälle aus und lässt weitere Entwickelungen zu. Man kann nach dieser Methode nämlich auch die einzelnen Zeiträume berechnen und vergleichen. Vollkommen exact wäre diese Berechnung, z. B. behufs der Berechnung der Resultate des 21.—25. Jahres des Bestehens einer Anstalt mit den früheren, wenn man die der Periode vom 1. bis 20. Jahre verglich mit den vom 1.—25, wobei die am Ende beider Perioden noch rückständigen Genesungen sich ausglichen. Doch wäre dies zu schwerfällig und gäbe zum Vergleiche zu geringe Bruchtheile eines Unterschieds. Man ist daher darauf angewiesen, die während der kürzeren Perioden als genesen Ausgeschiedenen mit den Aufnahmen eben derselben Periode in Beziehung zu bringen. Wenn die Aufnahmen stets gleichmässig wären und der Bestand ebenfalls, so würde diese Methode noch immerhin keine sachlich genau entsprechenden Resultate ergeben. Denn die zu den betreffenden Aufnahmen berechneten Genesungen gehören zum Theil und in um so höherem Grade, je kürzer die berechneten Perioden sind, zu Aufnahmen, die 1 bis 2 Jahre zurückliegen,

während die den Aufnahmen entsprechenden Genesungen zum Theil erst nach 1 — 2 Jahren erfolgen. Dagegen würde in dem angenommenen Falle wegen jenes Ausgleichs sich eine ganz exacte Zahlenbeziehung ergeben, welche zum Vergleiche mit früheren Perioden derselben Anstalten und den Resultaten aller andern Anstalten vollkommen und von den bisher genannten Methoden allein, ausreicht. Jene Voraussetzung trifft nur allerdings selten vollkommen zu. Die meisten Anstalten erfreuen sich einer steigernden Aufnahme, und daher kommt es, dass am Ende einer bestimmten Periode der bleibende Bestand besteht aus einem Bestande homogen dem zu Anfang derselben plus einem Theile frischer genesungsfähiger Fälle. Es wird daher die Summe der erhaltenen Genesungen, der Divisor und damit das Procent-Verhältniss etwas zu klein. Ebenso kann auch zufällig, wenn z. B. während der berechneten Periode die Aufnahmen gegen früher sehr nachlassen, das Resultat ein zu grosses werden. Dies sind jedoch alle Methoden gleichmässig betreffende Störungen. Diesen speciell innewohnende giebt es sehr wenige. Dahin gehört, dass im Beginne einer Anstalt diese Methode zu kleine Resultate ergiebt, da die Genesungen zum Theil erst nach 1—2 Jahren erfolgen, was bei sehr steigenden Aufnahmen sich wiederholt, ferner, dass bei grosser Spaltung der Qualitäten es fraglich wird, ob die Aufgenommenen und der zurückbleibende Bestand der früheren Perioden mit den Aufnahmen und dem bleibenden Bestande der jetzigen homogen ist. Dagegen dürfte zur Vergleichung allgemeinerer Beziehungen selbst kürzerer Perioden keine dieser gleichstehen. Im Verlaufe der Zeit treten sämmtliche der Beobachtung unterworfenen Fälle, und zwar nur einmal, zum Vorschein. Ebenso sämmtliche mit der Qualität der Genesung behafteten Fälle, und auch diese nur einmal. Es lassen sich daher aus den Einzelresultaten sofort die Gesammtresultate aller möglichen Zeiträume durch Addition herstellen. Es ist diese Methode unabhängig von den Schwankungen, welche durch vermehrte Todesfälle und Entlassungen Ungeheilter herbeigeführt worden, sie ist daher vollkommen vergleichbar mit den Resultaten anderer Anstalten, bei denen die Qualitäten der Aufgenommenen in Beziehung zu einander gebracht werden. Ob in sogenannten Heilanstalten sämmtliche Ungeheilte entfernt, ob diese in verbundenen Anstalten bis zum Tode verpflegt werden, ändert an dem Resultate der Berechnung nichts. Es unterliegt daher keinem Zweifel, dass, wenn man sich über das augenblickliche, keinen hinlänglichen Aufschluss gebende Bedürfniss erheben will, wenn man alle der Beob-

achtung unterworfenen Fälle in die Rechnung hereinziehen, sich auf die Betrachtung einer langen Zeitperiode, der ganzen Existenz einer Anstalt, zum Vergleiche verschiedener Anstalten erheben will, keine Methode, als diese übrig bleibt. Richtet man noch dazu die Berechnung so ein, wie es in Folgendem geschehen, dass sämmtliche Aufgenommenen unmittelbar bis zum Ende der Genesung oder dem Gegentheil davon verfolgt werden, also z. B. die während 1845—50 Aufgenommenen nur mit den von diesen Aufgenommenen Genesenen verglichen werden, wenn die Genesung auch später erfolgt, werden so alle aufgenommenen Fälle zu ausgeschiedenen, so ist diese Methode über alle Critik erhaben.

Nachdem so die allein feste Basis zu Vergleichen gewonnen worden ist, ist noch Folgendes zu bemerken:

Die Feststellung des Procent-Satzes der Heilungen kann nach einem 3fachen Gesichtspunkte geschehen, zuerst in der gewöhnlich befolgten Weise, dass man die Summe aller einzelnen als geheilt registrirten Krankheitsfälle in Beziehung bringt zur Summe aller aufgenommenen Fälle, nicht der aufgenommenen Personen. Bei einer 2. Methode stellt man sich die Frage: Wie viele von allen aufgenommenen Personen bleiben in letzter Instanz geheilt? Man zieht in diesem Falle die Summe der Rückfälle von der Summe aller erzielten Heilungen ab und bringt den Rest in Beziehung zur Summe der aufgenommenen Personen. Man kann diese Berechnung auch so ausführen, dass man von der Summe der zum erstenmal Geheilten die Summe der rückfälligen, bei irgend wie vielten Rückfällen ungeheilt gebliebenen Personen abzieht. Es bleibt dann noch ein Gesichtspunkt übrig: wie viele der aufgenommenen Personen bleiben ein für alle Mal geheilt, ohne jemals wieder in Geistesstörung zu verfallen? Man kommt hier am Einfachsten zum Resultate, wenn man von der Summe der zum erstenmal Geheilten die Summe sämmtlicher rückfälligen Personen abzieht. Natürlich kann von einem absoluten Resultat in den letzteren beiden Beziehungen nur bei einem Ueberblick über das ganze Leben der Betreffenden, von einem relativen nur bei einem solchen über lange Jahre die Rede sein. Diese drei einzelnen Gesichtspunkte der Feststellung des Heilungs-Procentes mögen in Folgendem mit I. II. und III. bezeichnet werden.

Es ist nun hier wieder hervorzuheben, dass die Berechnung nach den Aufnahmen von allen Methoden allein im Stande ist, diese Gesichtspunkte in's Klare zu setzen, in dem z. B bei der Berechnung nach den Ausgeschiedenen, von der allein hier die Rede sein könnte, ein Theil der ausgeschiedenen und dann wieder

aufgenommenen, unheilbar gebliebenen Fäl
Bestande enthalten ist.

In der Tabelle 7. sind die Procent-Ber
VI. und VII. Colonne nach diesen Gesic
und als Resultat für I. 30 Procent, für II 2
erhalten worden. Eine genauere Ueberlegun
rechtfertigt erscheinen, die namentlich in d
schiedenen Epileptischen und vor Allem die
die ungeheilt Entlassenen und dann wieder A
Rechnung zu lassen. Es ergeben sich dann
Procent-Verhältnisse:

	Zahl der Aufnahmen.	Zahl der aufgenommenen Personen.	Zahl der Geheilten.	I. Procente.	Zahl der Geheilten nach Abzug der Rückfälle.
Männer	1,650	1,494	553	33,5	397
Frauen	1,153	1,067	366	31,8	285
Summa	2,803	2,561	919	32,8	682

Ausser den Procent-Zahlen selbst ist
dass bei I. die Männer sich durch ein gröss
zeichnen, bei II. Männer und Frauen nahe
III. die Frauen überwiegen. Es rührt di
Geschlechter daher, dass die Männer, wie s
ergiebt, mehr Rückfälle in die Anstalt gelie

Stellen wir dagegen die Resultate nach d
des Lebensalters, 31 die aus der Summe
verfolgten Erblichen und Nichterblichen con
sich Folgendes:

	Zahl der Fälle von Geisteskrankheit	Zahl der Personen.	Summa der Heilungen.	I Procente.	Summa der Heilungen nach Abzug der Rückfälle.	II. Procente.	Zahl der zum 1. Mal
Männer	1,466	1,255	556	37,9	370	29,6	
Frauen	1,125	935	455	40,4	283	30,3	
Summa	2,591	2,190	1,011	39,0	653	29,8	

Um sich über den Werth dieser Tabelle und ihr Verhältniss zur vorigen klar zu werden, muss man sich die Gesichtspunkte vergegenwärtigen, unter denen sie entstanden ist, und verweisen wir in dieser Hinsicht auf das Seite 254 darüber Gesagte. Aus ihnen erklären sich einige Verschiedenheiten dieser Tabelle von der vorigen. Zunächst ist dem Späteren vorweg hier zu bemerken, dass sich eine viel grössere Anzahl von Rückfällen ergiebt, ferner entgegengesetzt der ersten Tabelle ein nicht unbedeutendes Ueberwiegen der Rückfälle bei den Frauen, so dass also die geringere Anzahl der bei den Frauen in die Anstalt eingelieferten Rückfälle offenbar auf einer Zurückhaltung derselben in noch erhöhtem Maasse als der 1. Anfälle beruht. Aus dem eben berührten Verhältniss erklärt sich dann auch der entgegengesetzte Verlauf, den die Zahlen der Heilprocente bei der letzten Tabelle entgegen der 1. je nach den Geschlechtern nehmen, so dass bei I. die Frauen, bei III. die Männer überwiegen, bei II. die Zahlen mehr gleich stehen. Es erklärt sich übrigens aus diesen Verhältnissen auch die Verschiedenheit des Heilprocentes in einzelnen Anstalten. Es können nämlich dort, wo die Aufnahmen ohne grosse Schwierigkeiten rasch erfolgen, die Frauen bezüglich der Heilung überwiegen, im entgegengesetzten Falle die Männer, bei übrigens gleichem Verlaufe der Krankheit.

Es ergiebt sich ferner aus der 1. Tabelle sowohl als namentlich aus der 2., dass doch, wenn man die Individuen in ihrem ganzen Lebenslaufe verfolgt, die Zahl der nach einmal überstandener Krankheit für ihr ganzes übriges Leben geheilt Gebliebenen, eigentlich geringer ist, als man sich gewöhnlich vorstellt. Die grossen Heilprocente, welche I. liefert und welche in den Anstaltsberichten auftreten, sind nach den Ausführungen zu sanguinisch. Auch II. giebt noch zu günstige Anschauungen, indem dann z. B. auch Individuen figuriren, die etwa im 20. Jahre erkranken, circa alle 3 4 Jahr eine Zeit lang einen Anfall überstehen, und dann im 60. Jahr vielleicht definitiv geheilt bleiben, denen aber auf diese Weise doch ein grosser Theil, oder ihre beste Lebenszeit verloren geht. Die Zahlen von III., ganz genau genommen allerdings die richtigen, sind bei obiger Abschätzung der wirklichen Verhältnisse doch zu klein, indem es sich z. B. nicht selten ereignet, dass Individuen von 17 Jahren oder älter als geheilt entlassen aus der Anstalt bald wieder erkranken und jetzt dauernd für ihre ganze Lebenszeit geheilt bleiben. Ebenso gestaltet sich der Fall für das betreffende Individuum gleich günstig, das in weit auseinander liegenden Perioden und durch ganz geistig ge-

sunde Zwischenräume getrennt, etwa 2 mal erkrankt und genest. Es ist deswegen noch eine IV. Berechnung der Heilprocente gemacht, welche zu III. noch diejenigen enthält, welche nach einem 2. Anfall dauernd geheilt bleiben Diese IV. Zahl dürfte einer billigen Erwägung vielleicht am meisten entsprechen. Sie beträgt 26,0 und sind die Geschlechter dabei ziemlich gleich. Es wird sich später Gelegenheit finden, die Heilresultate der 1. Anfälle und der wiederholten Erkrankungen, jede für sich, in Erwägung zu ziehen.

Aehnliche Berechnungen nach den Gesichtspunkten, die wir im Vorhergehenden mit I., II., III. bezeichnet haben, finden sich in der Literatur nicht vor. Dagegen finden sich die Verhältnisse der Rückfälle, auf denen diese Beziehungen beruhen, bei einigen Statistikern aufgeführt und werden wir bei dieser Gelegenheit die einschlägigen Punkte besprechen. Wir begnügen uns hier damit, für die Retreat und für Leubus, für welche nach den vorliegenden Zahlen allein die Berechnung möglich ist, die Procente für I., II. und III., sowie die zur Unterlage dienenden directen Zahlen, insofern sie nicht in jener Tabelle (71 a.) verzeichnet sind, auf die wir im übrigen verweisen, folgen zu lassen (s. d. Tab. auf S. 374).

Retreat A. enthält die Verhältnisse nach den Anstaltsacten, wie Marsberg A. Es zeigen sich dann überall sehr hohe Zahlen, von denen bereits die Rede war. Retreat B. enthält die Data nach Erkundigungen über das spätere Schicksal der aus der Anstalt genesen Entlassenen. Die 3. Zeile, mit dem Buchstaben a. bezeichnet, enthält die in letzter Instanz draussen gesund Gebliebenen. Es stimmt dann die berechnete Procent-Zahl für II. auffallend mit der Marsberger II., trotz der früheren bedeutenden Abweichungen. Für Leubus A. und B., bezüglich der Berechnung und der mit Marsberg verglichenen Procente, gilt dasselbe. Auffallend ist wieder die Uebereinstimmung mit B. III. bei Marsberg, trotz der sonstigen bedeutenden Abweichungen. Es ist dies also wohl wieder ein sehr starkes Argument dafür, dass im Grossen und Ganzen das Schicksal der Geisteskranken, die für den ganzen Lebenslauf bewirkten Heilungen etc. dasselbe sei. Die für III. in Retreat B. erhaltene Procent-Zahl, mit b. bezeichnet, ist nicht aus unmittelbarer Zahlenvergleichung hervorgegangen, sondern nach der Angabe von *Thurnam* (*Julius* S. 247), dass das Verhältniss der Wiederkehr des Irreseins nach der Herstellung vom 1. Anfall 65,6 vom 100 betragen habe, berechnet worden. Nach dieser allerdings wohl glaubwürdigen Nachricht wäre die Zahl der von der Geisteskrankheit ein für alle Mal genesen Bleibenden noch mehr zu restringiren, als es sich nach unseren Zahlen ergeben würde.

	Retreat.						Leubus.						Marsberg.					
	A.			B.			A.			B.			A.			B.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S	M	Fr.	S	M.	Fr.	S	M	Fr.	S.
Aufnahmen	282	333	615	—	—	—	1,844	1,679	3,523									
Aufgenommene Personen .	223	246	469	—	—	—	1,701	1,583	3,284									
Genesungen	121	170	291	a. 58	74	132	743	690	1,433									
Procente I.	42,8	51,1	47,3	—	—	—	40,3	41,1	40,7	—	—	—	33.5	31,8	32,8	37,9	40.4	39,9
- II.	35	38,2	36,7	26,0	30,1	28,1	35,2	37,5	36,4	—	—	—	26,6	26,7	26,6	29,6	30,3	29,8
- III.	30,0	31,3	30,7	—	—	b. 16,1	31,7	35,6	33,6	22	24,8	23,4	22,9	23,5	23,2	22	21,5	21,8

Interessant ist ferner das Geschlechts-Verhältniss. Je mehr man sich den einfachsten Zahlen mit Zurücktreten der Rückfälle nähert, um so mehr tritt da, wo früher ein Ueberwiegen der Frauen stattgefunden hatte, dieses zurück. Es wird also das leichtere Genesungs-Verhältniss der Frauen durch die grössere Neigung zu Rückfällen aufgewogen.

Im Uebrigen muss man sich bezüglich der in der Literatur vorhandenen Angaben von Genesungen auf die einzelnen Anfälle beschränken, zu deren Vergleichung wir daher übergehen.

Die Angaben von Genesungen, nach den Aufnahmen berechnet, sind ausserordentlich wechselnd. Die Gründe dieser grossen Schwankungen sind vielfach. Wir werden den grössten Theil derselben hier zusammenstellen, indem wir sie jedesmal mit Thatsachen belegen.

Der wesentlichste Grund ist die Verschiedenheit des Verhältnisses der Zahl der Fälle mit kurzer Krankheitsdauer vor der Aufnahme.

Wir führen von den nach der einen oder anderen Beziehung bereits beigebrachten Daten wieder folgende an:

	Betheiligung an der Gesammtzahl der Fälle mit Krankheitsdauer vor der Aufnahme.		Genesungs-Procente.
	— 6 Monat.	— 1 Jahr.	
Güntz	54,7	74,3	53,3
Martini, 1830—55 .	44,3	71,0	41,0
Illenau	47,0	62,2	35,9
Stewart	46,8	55,9	34,5
Marsberg, 1861—64 .	42,8	60,1	30,9
Hagen	23,3	47,9	24,3
Landenberger . . .	30,4	42,9	19,9

Es hält also im Allgemeinen die Höhe der Genesungs-Procente, überhaupt die Reihenfolge der Betheiligung der frühen Krankheitsfälle ein. Wenn die Zusammenstellung wieder Thatsachen für die frühere Behauptung liefert, dass der Procent-Satz für die ganz frischen Krankheitsfälle ganz vorzugsweise maassgebend ist, so zeigt doch auch wieder das Beispiel von *Martini*, dass doch in dieser Hinsicht unter Umständen eine Compensation durch die folgende Stufe der Krankheitsdauer möglich ist.

Wir führen noch weiter mit niedrigeren Genesungszahlen als Marsberg aus dem angeführten Grunde an: Schwetz (Ztschrft. XVI. S. 89), bei Betheiligung der bis 1jährigen Fälle an der Gesammtzahl der Aufnahmen (Zahl 212) mit 25 Procent, genesen 14,2 Procent; Gheel (Ztschrft. XXI. S. 129, nach *Wiedemeister* 1856—59.) — 3monatliche Fälle 20 Procent (Marsberg 30 Procent), — 10monatliche Fälle 36,4 Procent (Marsberg 53 Procent) an der Gesammtzahl der Aufnahmen. Dabei Genesungsverhältniss 18,97 Procent.

Dieser Grund des geringen Maasses frischer Fälle wird die neu eröffneten Anstalten vorzugsweise treffen, wegen Vorurtheile etc. Dies ist ein Grund, weshalb sie in den Genesungs-Procenten zurückstehen. Ein weiterer Grund liegt in dem Umstande, dass ein wenn auch kleiner Theil der überhaupt in Genesung übergehenden Fälle dies erst nach Jahren thut, so dass also eines Theils wegen der erst nach Jahren in grösserem Maassstabe zur Behandlung kommenden frischen Fälle, anderen Theils wegen des erst nach Jahren vollkommen zu Tage tretenden Einflusses derselben, man erst nach geraumer Zeit hinlänglich über manche Anstalten in dieser Hinsicht urtheilen kann. Dies gilt z. B oben von Irrsee und Schwetz. Dasselbe kann aber auch bei länger bestandenen Anstalten eintreten. Wenn diese nämlich eine allmählig wachsende oder plötzlich aus zufälligen Gründen gesteigerte Zahl frischer Fälle aufnehmen, so haben diese auf die in derselben Periode als genesen Ausgeschiedenen noch nicht hinlänglich einwirken können, und finden unter den früher Aufgenommenen kein sie ersetzendes Aequivalent. Diese Vergleichung muss dann anscheinend zu kleine Zahlen ergeben. Dies passt z. B. für Sachsenberg (Ztschrft. XIX. S. 259, 1860 und 1861) — 1jährige 64 Procent, Genesene 21,3 Procent.

Die Bezeichnung der Krankheitsdauer nach den meist angenommenen Zeiträumen, wobei die 1. Kategorie die Fälle von 0—6 Monaten enthält, ist zur hinlänglichen Charakterisirung der Fälle nicht ausreichend. Diese Kategorie enthält noch zu Ungleichwerthiges. Es sind darin z. B bei Anstalten in der Nähe grosser Städte Fälle von der Dauer einiger Tage oder sogar Stunden mit schnellem Uebergang in Genesung, sowie Fälle von *Delirium tremens* enthalten. Zur vollständigen Vergleichbarkeit der Resultate sollten letztere hinlänglich bezeichnet, und die ersteren sehr genau nach der Dauer angegeben werden. — Solche genaue Tabellen der Krankheitsdauer haben wir nicht. Wir würden dieselben ersetzende Aufschlüsse haben, wenn wir genaue Listen über die Krankheitsdauer bis zum Eintritt der Genesung sämmtlicher Ge-

nesenen hätten, da diese nach obigen Nachweisen der Qualität der eingelieferten Fälle, vor Allem deren Dauer vor dem Eintritt in die Anstalt entsprechen. Bei den in Frage stehenden ganz frischen Fällen sind diese Tabellen der Krankheitsdauer um so eher zu ersetzen durch die der Aufenthaltsdauer. Wir sehen denn auch, diesem entsprechend, bei allen den Nachweisungen der Tabelle 62., welche sich überhaupt durch einen hohen Procent-Satz vor Genesungen auszeichnen, dass sie vorzugsweise durch einen hohen Procent-Satz für den geringsten Termin der Krankheitsdauer hervorragen. Von denen, welche Marsberg überragen, verweisen wir in Tabelle 62. hinsichtlich beiderlei Punkte auf das Seine-Departement, Bloomingdale As., *Bernhardi*, *Martini*, *Güntz*, von Tabelle 62a. Illenau, *Stewart*, die Schwedischen Anstalten. Von denen, welche in beiderlei Hinsicht Marsberg gleich stehen, ist zu nennen Siegburg, Halle, darunter *Landenberger*. Bezüglich der Retreat ist zu bemerken, dass ihr Procent-Satz der bis zu 1 Jahr Genesenen, dem der Krankheitsdauer von Marsberg für den ganzen Zeitraum, wenn man ihn sich nach dem Obigen entsprechend erhöht denkt, wohl zu vergleichen scheint und doch hier die Genesungs-Procente so sehr viel höher sind. Wir stellen zugleich fest, dass die späteren Zeiträume der Krankheitsdauer sich durch einen sehr hohen Procent-Satz auszeichnen. Auf die Bedeutung dieser Verhältnisse werden wir sogleich zurückkommen.

Es giebt in derselben Weise über die Qualität der Fälle die Zahl der Genesenen im Verhältniss zur Krankheitsdauer vor der Aufnahme Auskunft. Dem entsprechend zeichnen sich in Tabelle 69. sämmtliche durch hohe Genesungs-Procente hervorragende Angaben durch einen höhern Procent-Satz für den geringsten Termin der Krankheitsdauer vor der Aufnahme aus. Es gehören dahin, wie in Tabelle 69. beiderseits nachzusehen, die Retreat, Knight, Worcester, *Jessen*, *Güntz*, *Martini*. Diese Angaben können noch durch andere vermehrt werden, wie die des Ohio lun. As. (Ztschrft. XVIII. S. 88), welches bei der Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Jahr 78 Procent, über ein Jahr 25 Procent, im Ganzen 45 Procent, ferner die sämmtlichen Schwedischen Anstalten für die Jahre 1861 und 62 (Ztschrft. XXI. S. 153 und XXII. S. 272), welche bei der Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu 1 Jahr 50 resp. 54 Procent, im Ganzen 35 resp. 41 Procent Genesungen lieferten. Dieselben lieferten uns schon früher Ungleichheiten mit unseren Resultaten, welche wir auf die Aufnahmen der Anstalten in der Nähe grosser Städte zurückführten. Eben dasselbe gilt überhaupt von den Nachrichten ganzer Länder, worin die

verschiedenen Verhältnisse sich vermischen und keinen Vergleich mit anderweiten in ihrer Natur homogenen Daten erlauben. So z. B. lieferten die Belgischen Anstalten 1853 (Ztschrft. XIII. S. 147) 32,6 Procent, während oben *Gheel* mit so niedrigen Zahlen figurirte; sämmtliche Anstalten Englands 1858 (Ztschrft. XVIII. S. 525) 35 Procent, während *Colney Hatch* von 1831 — 53 (Ztschrft. XII. S. 86) 25,2 Procent (Männer 24,2, Frauen 26,2) Genesungen lieferten. — Bezüglich der aus Tabelle 69. in beiderlei Hinsicht mit Marsberg ziemlich übereinstimmenden Angaben sind zu nennen Siegburg, Winnenthal, woran sich dann Irsee anschliesst. In Tabelle 69 a. steht wiederum über Marsberg Illenau und *Stewart*, unter Marsberg *Landenberger*.

Wenn das besprochene Motiv der Vergleichung der geringen Krankheitsdauer vor der Aufnahme entnommen wurde, so ist ein weiteres der längeren zu entnehmen. Nimmt man z. B. in Tabelle 69. die Colonne mit über-1jähriger Krankheitsdauer vor der Aufnahme, so zeigt sich neben bedeutender Uebereinstimmung der Genesungs-Procente bei einer Reihe von Fällen (*Martini*, *Hagen*, *Zeller*, Siegburg, Marsberg) eine nicht unbedeutende Erhöhung bei vielen anderen. Bei der Retreat z. B. ist das Genesungs-Procent 19,5, ähnlich bei den Daten der Tabelle 69 a., bei Marsberg für 1861—64 6,7 Procent. Es könnte nun eine solche Verschiedenheit theilweise in der Berechnung der Periodischen ihren Grund haben, je nachdem man, wie früher auseinander gesetzt, von dem Beginne des letzten Anfalls, oder des 1. zu dieser zusammenhängenden Gruppe gehörigen Anfalls, oder des 1. Anfalls überhaupt rechnet. Jedoch reicht dies zur Erklärung der so bedeutenden Unterschiede nicht aus, wie es sich auch durch eine Verminderung der Genesungs-Procente der geringen Krankheitsdauer zu erkennen geben würde. Man ist zur Erklärung an die verschiedene Bedeutung verwiesen, die man mit dem Worte „genesen" oder „geheilt" verbindet. In der Retreat (*Julius* S. 240) ist ausdrücklich ausgesprochen, dass diejenigen als genesen (hergestellt) bezeichnet seien, die im Stande scheinen, gehörig die ihrem Stande entsprechenden Pflichten zu erfüllen, obgleich man vielleicht noch Spuren der Seelenstörung hätte entdecken können. Man wird also die hohen Genesungs-Procente der Retreat überhaupt zum Theil auf diesen Umstand zu beziehen haben. In derselben Lage werden sich wohl alle die befinden, die für die langen Krankheitsdauern so hohe Procente aufweisen. So z. B. hat *Güntz* für die über-1jährige Dauer 24,7 Procent. Eine sich aufdrängende Bemerkung ergiebt sich weiter bei Vergleichung der Tabelle, nämlich

dass altbewährte Meister der Kunst, die Angaben für frühere und jetzige oder überhaupt spätere Zeiträume gemacht haben, für die früheren Zeiträume sowohl bezüglich der Genesungen der langen Krankheitsdauer vor der Aufnahme, als der Genesungs-Procente überhaupt höhere, für die späteren niedere Zahlen liefern.

Eine weitere noch nothwendige Operation zur vollständigen Vergleichbarkeit der Resultate ist die Ausscheidung der nach nicht erfolgter Heilung zum 2. Mal Aufgenommenen, da diese offenbar dieselben früher in Betracht gezogenen Krankheitsfälle sind, ferner die Ausscheidung der Epileptischen und Idioten, die mit den in Rede stehenden nicht vergleichbar sind. Dass solche Anstalten, die dieselben nicht ausgeschieden haben, doch für die längeren Krankheitsdauern vor der Aufnahme, welche allein oder fast allein hiervon betroffen werden, höhere Genesungs-Procente liefern, als andere mit Mangel oder Ausscheidung dieser Kategorieen, ist um so mehr ein Beweis für das eben Gesagte. Eine Kategorie von im Ganzen unheilbaren Zuständen giebt es, welche auch die sogenannten Heilanstalten enthalten und welche eben, da sie an verschiedenen Orten und Zeiten in verschiedener Häufigkeit auftreten, berücksichtigt und ausgeschieden werden müssen, nämlich die *Dement. par.* Um dies auffallend und zugleich die dann eintretende ausserordentliche Vergleichbarkeit zu zeigen, setzen wir aus obiger Tabelle die Zahlen für den letzten Zeitraum von Leubus und Marsberg ohne und mit Ausscheidung der Paralytiker hin:

	ohne Ausscheidung.			mit Ausscheidung der *Dement. paral.*		
	— 6 Mon.	— 1 Jahr	üb. 1 Jahr	— 6 Mon.	— 1 Jahr	üb. 1 Jahr
Leubus .	49,07	21,54	6,53	56,79	25	7,24
Marsberg	49,8	21,8	6,7	52,5	24,7	7,5

Bei der Tabelle ohne Ausscheidung herrscht also volle Gleichheit, bei der mit Ausscheidung für die kürzeste Krankheitsdauer, den obigen Auseinandersetzungen, betreffend die verschiedene Qualität der Fälle, entsprechend, Verschiedenheit, für die längere Krankheitsdauer dagegen, wo diese störenden Umstände fehlen, wieder bedeutende Uebereinstimmung. Wie sehr dies Verhältniss von Einfluss ist, geht z. B. daraus hervor, dass von der Summe aller Aufgenommenen die Paralytiker in Marsberg für 1861—64 5,6 Procent, in Leubus für 1861—63 (Bericht S. 23) 12,8 Procent,

auf Sonnenstein für 25 Jahr (Ztschrft. XXI. S. 346) 16,63 Procent betrug. Eine weitere Verschiedenheit, besonders der Genesungs-Procente überhaupt wird bedingt durch die Betheiligung der wiederholten Erkrankungen an den Aufnahmen, und zwar aus dem doppelten Grunde, weil sie günstigere Genesungs-Verhältnisse überhaupt darbieten und vor Allem, weil sie vorzugsweise den Fällen mit kürzerer Krankheitsdauer vor der Einlieferung angehören. Wie gross die Verschiedenheit der Rückfälle aber ist, geht aus unserem Capitel der Rückfälle hervor, wo der Unterschied der Rückfälle nach der Genesung, zwischen 18,3 und 54,3 schwankte, welche Verschiedenheiten in anderen Fällen noch sehr übertroffen werden. Um Wiederholungen zu vermeiden, weisen wir auf jene Stelle hin, nur bemerken müssen wir hier wiederum, dass die uns hier beschäftigenden Krankheiten, welche mit Jahre langen, oft das ganze Leben des Individuums umfassenden Entwickelungen in Beziehung stehen, nur mit Rücksicht auf den ganzen Lebenslauf hinlänglich beurtheilt und festgestellt werden können.

Bezüglich der Geschlechter ergiebt sich aus der Tabelle 62. und Tabelle 69. und anderen gelegentlich beigebrachten Zahlen eine allgemeine Bestätigung des früher für Marsberg Auseinandergesetzten, dass nämlich allgemein die Frauen bei den Genesungen prävaliren, und wo, wie für Leubus, während der früheren Perioden dies nur in sehr geringem Maasse geschieht, oder wie in Marsberg, während der früheren Zeit das Entgegengesetzte stattfindet, hat dies in den künstlichen Verhältnissen der Anstalt seinen Grund, welche die frischen Fälle bei den Frauen am meisten von der Aufnahme ausschliessen. In den letzten Zeiträumen tritt daher auch für beide Anstalten ein Ueberwiegen der Genesungs-Procente bei den Frauen ein. — Es ergiebt sich daraus, dass allerdings die Genesungs-Procente im Ganzen durch das Vorwiegen des einen oder anderen Geschlechts alterirt werden können, und dass dieser Umstand daher bei der Vergleichung zur Berücksichtigung auffordert. — An statistischen Zusammenstellungen über Genesungs-Verhältnisse, kleinen bis sehr grossen, fehlt es nicht. So findet sich bei *Esquirol* (übersetzt von *Hille*, S. 92) eine grosse Zusammenstellung englischer (Genesungs-Procente zwischen 21 und 42) und französischer (Procente zwischen 32 und 59), diese verkürzt in der späteren Ausgabe; ferner von *Thurnam* (Ztschrft. III. S. 710) eine Zusammenstellung vieler englischen, amerikanischen etc. Anstalten (Procente zwischen 36 und 48); für *Halle* während des ganzen Zeitraums des Bestehens der Anstalt (Ztschr. Bd. XXII. S. 219) 34 Procent (Männer 31, Frauen 37); für Sieg-

burg 1825—36 (Annalen) 30,5 (Männer 29, Frauen 33), 1860—62 (Anstaltsberichte) 32 Procent (Männer 31, Frauen 34); für Illenau 1842 — 64 (Illenau 1865) 39 Procent (Männer 40, Frauen 38), 1860 - 64 (ibid.) 43 Procent (Männer 45, Frauen 40); für Sonnenstein 1862 (Ztschrft. XXI. S. 337) 41 Procent (Männer 35, Fr. 41); für England 1860 (Ztschrft. XX. S. 279) 31 Procent (Männer 29, Frauen 34); Bethl. Hospital (Ztschrft. XX. S. 287) 54 Procent (Männer 54, Fr. 54) — in 100 Jahren 43 Procent; für die Niederlande 1853 (Ztschrft. XII. S. 515) 36 Procent (Männer 29, Fr. 43); Belgische Anstalten 1853 (Ztschrft. XIII. S. 146) 30 Procent, 1854 (Ztschrft. XVI. S. 511) 33,5 Procent; Maréville 1850 20 Procent (Ztschrft. IX. S. 137) etc. etc. Alle diese Nachrichten, welche keine nähere Bezeichnung der Aufgenommenen nach den besprochenen Qualitäten enthalten, bieten keinen Punkt der Vergleichbarkeit, keinen Schritt zur Möglichkeit weiterer Erkenntniss dar.

Wenn daher überall bei der Abschätzung der Genesungs-Procente dieselbe Methode befolgt wird, zunächst gewisse Formen und Fälle ausgeschieden, oder wenigstens besonders bezeichnet werden, nämlich die Epileptischen, von Kind an Blödsinnigen, an *Dement. paral.* Leidenden, die nach nicht erfolgter Heilung zum 2. Mal Aufgenommenen; wenn ferner gewisse Formen und Fälle besonders berechnet werden, nämlich die an *Delir. trem.* Leidenden, die in der allerersten Zeit der Erkrankung Aufgenommenen, wenn ferner bei allen Fällen die Dauer der Krankheit bis zum Eintritt in die Anstalt nach übereinstimmender, oben auseinandergesetzter Methode, hinreichend festgestellt wird; wenn weiter die wiederholten Erkrankungen und die Geschlechter hinreichende Berücksichtigung erfahren; wenn endlich der Begriff der Genesung überall in strictem Sinne genommen wird, so hat es den Anschein, als wenn die Genesungs-Procente, bei Uebereinstimmung in den eben genannten Eigenschaften, übereinstimmen würden. Wir hatten keinen Grund, bei der Erklärung der Verschiedenheit dieser Daten, die so verschiedenen Zeiten, Ländern und Verhältnissen entnommen waren, andere, als die beregten Erklärungsgründe, anzunehmen. Alle die Verschiedenheiten der psychiatrischen Theorie und Praxis, das besondere Betonen psychischer Motive und Einwirkungen, somatischer Auffassungen mit ihren Lehren und praktischen Consequenzen von Consensus, Reflex, Metastasen etc., die Einrichtung von Heilanstalten mit ihrem genau auswählenden und schwerfälligen Mechanismus haben in den Genesungszahlen keine anderen Spuren ihrer Existenz, keine Eigenschaften, als die den Fällen selbst nach obigen Qualitäten innewohnenden, zurückgelassen.

Unbeirrt von alle dem geht dieser autokrate Krankheitsprocess seinen Weg, wie die ganze Natur.

Nachdem nun die Genesungs-Verhältnisse im Allgemeinen festgestellt sind, kommt die Aufgabe im Besondern, sie bei den Erblichen und Nichterblichen zu verfolgen. Es handelt sich darum, ein Urtheil über die mehrfach ventilirte und jedenfalls noch wichtigere Frage zu bekommen: Genesen Erbliche eben so leicht, oder leichter oder schwerer als Nichterbliche, und wie stellt sich das Ergebniss, wenn man nach dem Ausgeführten nicht allein den einzelnen Anfall, sondern den ganzen Lebenslauf des Betreffenden berücksichtigt? Stellt man einige über diesen Gegenstand geäusserte Ansichten zusammen, so ergiebt sich Widerspruch und Mangel hinlänglich umfassender Verfolgungen dieses Themas. So sagt *Griesinger* (Handbuch S. 404), nachdem er gesagt hat, dass Genesungen in solchen Fällen constatirt seien: „doch ist die Heilbarkeit immerhin eine geringere und sind Rückfälle eher zu erwarten," und bleibt er sich diesem Ausspruch bei der Beurtheilung eines in der psychiatrischen Klinik in Berlin vorgestellten Falles getreu *Martini* (Anstaltsbericht vom Jahre 1860, S. 40) hebt als Ursache ungünstiger Heilungs-Verhältnisse die Erblichkeit hervor. Prüfen wir ferner jene an Thatsachen und Auseinandersetzungen über Erblichkeit so reiche Fundgrube, *Morel*'s Schriften bezüglich der Heilbarkeit, so tritt hier der Mangel statistischer Methoden und exacter Zusammenstellungen besonders hervor. Sucht man sich durch seine Einzelresultate zurecht, so führt er mehrfach an, dass namentlich für seine erste Krankheitsgruppe (l. c. S. 533) auch die leichteren Eigenthümlichkeiten der Eltern, Bizarrerieen der Ideen, Excentricität der Handlungen, Anomalieen der Gefühle etc. sich in derselben Form ohne weitere Verschlimmerung auf die Nachkommen fortpflanzen können. Es ist dann Disposition gegeben, in eigentliche Seelenstörung zu verfallen und werden Heilungen angeführt. Er hebt ferner mehrfach (z. B. S. 519) als specielle Charaktere der erblichen Geisteskrankheiten plötzlichen Ausbruch, Alterans und Remittens, (S. 517) die Intermittens, das plötzliche Verschwinden der delirirenden Erscheinungen hervor; es treten ferner in seinen Krankengeschichten (z. B. S. 537) die so sehr wiederholten Anfälle und Heilung von den einzelnen hervor, so dass man in alle dem wohl seine Ansicht von Heilbarkeit der einzelnen Anfälle, aber auch etwas, was an die bei uns hervorgehobene Neigung zu Rückfällen erinnert, entnehmen kann. Dem gegenüber hebt er jedoch für die Erblichkeit im Allgemeinen als auch speciell für die einzelnen

Formen wiederholt (z. B. S. 575) die steigende Schwere der Erkrankung in den folgenden Generationen hervor, ja es zielen alle seine Ausführungen zuletzt auf dieses Ziel heraus. Er sagt (S. 535): Es ist fast unmöglich zu begreifen, dass identische Affectionen sich unendlich mit demselben Charakter fortpflanzen. Es kommt eine Epoche, wo die Verkettung und fortschreitende Abhängigkeit nicht allein zur fortschreitenden Entartung, sondern zum Verschwinden der Raçe führt. Er sagt darüber speciell (S. 517): Bald kann man die stufenweise Verkettung, Aufeinanderfolge der einzelnen Thatsachen der Erblichkeit verfolgen, bald ist man erstaunt über die Schnelligkeit des traurigen Endes. In dem grössten Theil seiner Krankengeschichten treten uns unheilbare Zustände entgegen, namentlich schon seine 2te Gruppe enthält fast nur solche. Die 3te Klasse (S. 563) behandelt nur Individuen mit intellectuell begrenzter Existenz, mit früh eintretendem, oft plötzlichem Blödsinn, was übrigens in derselben Form auch bei den anderen Klassen hin und wieder hervortritt. Aus allen diesen Detailausführungen und generellen Angaben ergiebt sich zur Genüge, dass er die Erblichkeit als einen schweren Entartungsprocess auffast, der in den folgenden Generationen überwiegend zum vollkommnen psychischen Verfall der betreffenden Individuen führt.

Diesen Autoren mit mehr oder weniger ungünstiger Auffassung stehen andere Ansichten entgegen. *Dagonet* (Traité des malades ment. Strassburg 1862) sagt (S. 196): „Die Heilung der Geistesstörung (bei den Erblichen) findet ebenso leicht statt, als unter anderen Umständen. Ohne Zweifel kann man entgegnen, dass die Heilung nichts Dauerhaftes habe." Er fügt später direct hinzu, dass unter den Erblichen die Rückfälle besonders erfolgen, dass aber auch dauerhafte Heilungen stattfinden. *Hagen* (Anstaltsbericht 1858, S. 26) kommt bei Untersuchung von 779 Fällen in 9 Jahren zu dem Resultate, „dass die Genesungs-Verhältnisse bei den Erblichen zwar nicht ungünstiger waren, dass aber bei ihnen etwas mehr Rückfälle vorkamen, als bei den Uebrigen.

Was nun unsere eigenen Beobachtungen angeht, so stellen wir unsere Zahlen und Procente nach den obigen Kategorieen folgendermaassen zusammen.

Es ist vorher noch zu bemerken, dass von der Summe der Fälle in A. die nach nicht erfolgter Heilung wiederholt Aufgenommenen in Abzug gebracht, und dass in B die Periodischen nach der früheren Auseinandersetzung einmal als Genesene und einmal als Ungeheilte gerechnet sind.

Tab. A.

	I. Zahl der Fälle.		II. Zahl der Personen. Zahl der Geheilten nach Abzug der Rückfälle		III. Zahl der Personen. Zah der zum 1. × Geheilten nach Abzug der rückfälligen Personen.		Procente der Rückfälle zu den aufgenommenen Personen.		Procente der rückfälligen Personen zu den aufgenommenen Personen.	
	Erblich.	Nicht-erbl.	Erblich	Nicht-erbl.	Erblich	Nicht-erbl.	Erblich.	Nicht-erbl.	Erblich.	Nicht-erbl.
M. Ges.-Zahl	639	825	548	768	548	768				
Geheilt .	249	248	158	191	131	170				
F. Ges.-Zahl	449	601	399	570	399	570				
Geheilt .	169	172	119	140	98	129				
S. Ges.-Zahl	1,088	1,426	947	1,338	947	1,338				
Geheilt .	418	420	277	332	229	299				
Procente M.	39	30,1	28,8	25	23,9	22,1	16,6	7,4	11,9	6,5
Fr.	37,6	28,6	29,8	24,6	24,6	22,6	12,5	5,4	9,5	4,6
S.	38,4	29,4	29,2	24,7	24,2	22,3	14,9	6,6	10,9	5,7

Tab. B.

	I. Zahl der Fälle.		II. Zahl der Personen. Zahl der Geheilten nach Abzug der Rückfälle.		III. Zahl der Personen. Zahl der zum 1. × Geheilten nach Abzug der rückfälligen u. periodischen Personen		IV. Zahl der Personen. — III. + den nach dem 1. Rückfall geheilt Bleibenden.		Procente der Rückfälle zu den aufgenommenen Personen.		Procente der rückfälligen und periodischen Personen zu den aufgenommenen Personen.	
	Erblich.	Nicht-erbl.	Erblich.	Nicht-erbl.	Erblich.	Nicht-erbl.	Erblich.	Nicht-erbl.	Erblich.	Nicht-erbl.	Erblich.	Nicht-erbl.
M. Ges.-Zahl	640	826	525	730	525	730	525	730				
Geheilt .	265	291	164	206	117	159	146	188				
Fr. Ges.-Zahl	489	636	383	552	383	552	383	552				
Geheilt .	225	230	130	153	84	117	107	141				
S. Ges.-Zahl	1,129	1 462	908	1,282	908	1,282	908	1,282				
Geheilt .	490	521	294	359	201	276	253	329				
Procente M.	41,4	35,2	31,2	28,2	22,3	21,8	27,8	25,8	19,2	11,6	17	11,5
Fr.	46	36,2	33,9	27,7	21,9	21,2	27,9	25,7	24,8	13,9	21,1	13,4
S.	43,4	35,6	32,4	28	22,1	21,5	27,9	25,7	21,6	12,6	18,7	12,3

men

ıellei
· zwe
gearl
ıusan
n als
e be
dass
Män
ıserh
ıerwe
ındnı
Rückf
ıls · b
eile
s di
für
ı es
dass
ı Fra
vers
l. di
ıiede
ten
r Gr
Nac
päter
den
ten
ei I
he 2
ich l
lben
ichei
nters
der
on e
tzähl
Es
hweg
den
h, be
gel c

noch eine 4te Colonne berechnet, welche zu III. noch diejenigen enthält, welche nach überstandenem 1. Rückfall geheilt blieben. Es stellt sich dann der Procent-Satz bei den Erblichen auf 27,9, bei den Nichterblichen auf 25,7.

Aus alle dem ergiebt sich also, dass die Erblichen bezüglich der Heilungs-Resultate nicht hinter den Nichterblichen zurückstehen, wenn man Heilung im strengsten Sinne nimmt. Nach der gewöhnlichen Betrachtung, die nur die einzelnen Fälle berücksichtigt, überwiegen die Erblichen ziemlich bedeutend, nach einer billigen Abschätzung, wie sie sich aus II. und IV. ergiebt, auch noch immer.

Es gilt dies übrigens nur für die unterschiedslose Zusammenfassung der Erblichen. Es ist dabei noch immer möglich, dass die Berücksichtigung gewisser Verhältnisse bei der Erblichkeit für diese andere Resultate ergeben wird.

Die Verhältnisse der Erblichen zu den Nichterblichen je nach den drei von uns aufgestellten Gesichtspunkten erlauben uns die von *Jung* für Leubus angegebenen Zahlen festzustellen.

Wir lassen die betreffenden Verhältnisse und Zahlen folgen:

	Erbliche.			Nichterbliche.		
	M.	Fr.	S.	M	Fr.	S.
Leubus A.						
Aufnahmen	492	518	1,010	1,352	1,161	2,513
Aufgenommene Personen	446	477	923	1,255	1,106	2,361
Geheilte überhaupt	224	243	467	519	447	966
In letzter Instanz Geheilte	178	202	380	422	392	814
Zum 1sten Mal und dauernd Geheilte	163	187	350	377	377	754
I.	45,53	46,91	46,23	38,41	38,53	38,47
II.	39,9	42,3	41,2	33,6	35,4	34,5
III.	36,5	39,2	37,9	30,0	34,1	31,9
Leubus B.						
Draussen zum 1sten Mal und dauernd Geheilte	113	129	242	261	264	525
III.	25,4	27,0	26,2	20,8	23,9	22,2

Es ist mithin überall derselbe principielle Gegensatz vorhanden. Doch übertreffen die Zahlen für Leubus A., welche allein auf den Anstaltsverhältnissen basiren, unsere entsprechenden nicht unbedeutend. Es ist nach dem früher Auseinandergesetzten erklärlich. Bemerkenswerth ist dagegen, dass diese, nicht aus der Natur der Sache, sondern aus den zufälligen Verhältnissen der Anstalt sich ergebenden Verschiedenheiten, in hohem Grade zurücktreten, wenn man das wirkliche Schicksal der Betreffenden zur Untersuchung nimmt. Leubus B., auch die ausserhalb der Anstalt eingetretenen Anfälle berücksichtigend, also mit Marsberg

B. übereinstimmend, zeigt für III. sehr annähernde Zahlen. Doch ist das Uebergewicht der Erblichen noch immer grösser als für Marsberg. Auch überwiegen für B. III. die Frauen noch ziemlich bemerkbar, entgegen von Marsberg B. III., es zeigt sich also dort in höherem Grade, was für Marsberg A. noch hervortritt. Es wären diese Verschiedenheiten von Marsberg dadurch erklärlich, wenn man annähme, das für Leubus noch nicht das letzte Schicksal der Betreffenden vorläge, sondern dass noch eine Summe von Rückfällen und deren Ausgang nicht in Rechnung gestellt wäre.

Wir führen nach *Jung* (Zeitschr. XXIII. S. 230) in Betreff der Krankheitsfälle, also in der mit I. bezeichneten Richtung nach an: Es lieferten Genesungs-Procente:

	Erbliche Fälle.	Nichterbliche Fälle.
Stewart (Zahl 901)	39,6	32,2
Hood	60,3	46,1

Anmerkung. Prüfen wir die

		nach Abzug der Epileptischen, Idioten und ungeheilt wieder Aufgenommenen.			Erbliche.			Nichterbliche.		
		M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
Summa der Aufgenommenen	1836—40	211	145	356	76	43	119	135	101	236
	1841—45	241	179	420	97	60	157	144	119	263
	1846—50	279	195	474	97	85	182	182	110	292
	1851—55	322	206	528	118	78	196	204	128	332
	1856—60	270	199	469	129	87	216	141	112	253
	1861—64	259	195	454	122	96	218	137	99	236
	Summa .	1,582	1,119	2,701	639	449	1,088	943	669	1,612
Geheilte	1836—40	72	37	109	28	16	44	44	21	65
	1841—45	104	65	169	44	26	70	60	39	99
	1846—50	94	62	156	43	30	73	52	32	84
	1851—55	113	67	180	52	26	78	61	41	102
	1856—60	84	60	124	45	32	77	40	29	69
	1861—64	67	72	139	37	39	76	30	33	63
	Summa .	534	363	897	249	169	418	287	195	482
Genesungs-Procente.	1836—40				36,8	37,2	36,9	32,6	20,8	27,6
	1841—45				45,4	43,3	44,6	41,7	32,8	37,6
	1846—50				44,3	35,3	40,1	28,6	29,1	28,8
	1851—55				44,1	33,3	39,3	29,9	32	30,7
	1856—60				34,9	36,8	35,65	28,4	25,4	27,27
	1861—64				30,3	40,6	34,9	21,9	33,3	26,7

vorliegenden Data nach der *Poisson*'schen Formel, oder wie sich zeigen wird, diese nach jenen. Für einige der angeführten Verhältnisse wird der augenscheinlich und bei wiederholten Beobachtungen hervortretende Unterschied durch jene Formel, welche die Grösse des bei gleichbleibenden Ursachen möglichen Unterschiedes anzeigt, bestätigt. Sie ist b = $2\sqrt{\frac{2\,m\,.\,n}{\mu^3}+\frac{2\,m'\,n'}{\mu'^3}}$. Nach derselben würde zwischen Erblichen und Nichterblichen der unter unveränderten Ursachen mögliche Unterschied (in Folge bezeichnet mit „möglicher Unterschied") für Marsberg (Mbg.) A. I. Sa. (= Summe) betragen = 0,053,900, während er in Wirklichkeit beträgt 0,384 — 0,294 = 0,090, also viel mehr; ebenso wäre der mögliche Unterschied für Marsberg B. I. Sa. 0,05294, während der wirkliche beträgt 0,444 — 0,361 = 0,083, also viel mehr. Es würde auch noch ein geringer Unterschied sich ergeben bei Marsberg A. I. Frauen, nämlich möglicher Unterschied 0,083073, wirklicher Unterschied 0,090 — Es würde ferner noch ein Unterschied sich ergeben für Leubus II. Sa., nämlich möglicher Unterschied 0,053526, während der wirkliche Unterschied = 0,067, der Unterschied würde schon sehr gering sein für Leubus I. Männer, nämlich möglicher Unterschied = 0,069644, wirklicher Unterschied = 0,0712. Es würde schon gar kein Unterschied zwischen Erblichen und Nichterblichen nach jener Formel existiren für Marsberg B. I. Männer, indem hier der mögliche Unterschied = 0,067388, der wirkliche dagegen 0,066 beträgt, ferner nicht für Marsberg A II. Sa., wo der mögliche Unterschied = 0,0539, während der wirkliche = 0,045, also weniger, ferner nicht für Marsberg B. II. Sa, wo der mögliche Unterschied = 0,056398, während der wirkliche = 0,045, ferner würde kein Unterschied existiren bei Leubus II. Männer, wo der mögliche Unterschied = 0,064321, während der wirkliche = 0,063 ist. Wenn nun die Formel ihren Werth schon für die letzteren verhältnissmässig grossen Zahlen versagt, obgleich doch in deren ausnahmslosem Uebereinstimmen nicht der Erfolg des Zufalls gesucht werden kann, so findet dies in noch höherem Grade statt, wenn man das Verhältniss der Genesungen nach den Erblichen und Nichterblichen je für die einzelnen 5jährigen Perioden für die einzelnen Fälle (also nach obigem Gesichtspunkte I.) feststellt. Der leichteren Berechnung halber haben wir die mit zweifelhafter Erblichkeit zu den Nichterblichen gerechnet. Es ergiebt sich dann vorstehende Tabelle, welche Vergleiche für je 18 vergleichbare Verhältnisse darbietet, und für alle ohne irgend eine Ausnahme nach der Richtung entscheidet, dass die Erblichen höhere Gene-

sungs-Procente ergeben, als die Nichterblichen. Kein einziger von diesen thatsächlich in hohem Grade stattfindenden Unterschieden findet Gnade vor jener Formel. Z. B. beträgt für 1836 bis 1840 der mögliche Unterschied = 0,14976, während der wirkliche = 0,093 ist; für 1836—1840 Frauen beträgt der mögliche Unterschied = 0,23779, während der wirkliche = 0,164 ist; für 1856—60 Sa. beträgt der mögliche Unterschied = 0,1215, während der wirkliche = 0,0838 ist etc. Dass jene Zahlen-Constellation zu Gunsten der Erblichen in dem einzelnen Fall durch den Zufall bedingt sein könne, wird durch ihr 18maliges und noch öfteres Zutreffen, sobald eine neue Sammlung von Thatsachen zu Tage tritt, genügend widerlegt. Man kann folglich nicht mehr behaupten, dass ein constantes, den Gruppenbildungen der Erscheinungen zu Grunde liegendes Gesetz sich durch jene Formel verrathen müsse, widrigenfalls es nicht existire. Es dürfte demnach der Beweis durch die Wiederholung der Beobachtungen, die eine sachgemässe thatsächliche Kritik ausgehalten haben, genügen, wenn sie auch die Probe jener Formel nicht aushalten.

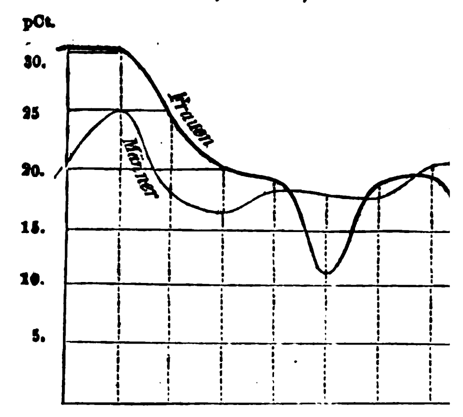
Heilungen je nach den Altersstufen.

Wir gehen weiter an die Erörterung des Unterschiedes der Heilungen nach den Altersstufen und bemerken, dass wir das Alter der Erkrankung zum Ausgangspunkte genommen und den Vergleich mit der Gesammtzahl der Erkrankungsfälle derselben Altersstufe gemacht haben. Auf die Gründe werden wir später zurückkommen. Wir betrachten zunächst im Allgemeinen die ersten Anfälle. Bei ihnen erfolgen nach der folgenden Tabelle 70a., die nach Tabelle 31. gearbeitet ist, im Ganzen 36,7 Procent Heilungen. Das Maximum zeigt die Altersstufe von 15—20 Jahren, es folgen die vor dem 15. Jahre Erkrankten, der weitere Verlauf nach abwärts ist kein regelmässiger, indem namentlich die Altersstufe von 36—40 sich durch einen niedrigen Procent-Satz auszeichnet. Mit dem 51. Jahre tritt eine bedeutende Verminderung der Heilungen ein und erfolgt von da ein constanter Abfall bis zum Ende. — Verschieden sind diese allgemeinen Verhältnisse je nach den Geschlechtern; das männliche bewahrt im Allgemeinen den angegebenen Typus, nur zeigt es nicht jenen geringen Satz bei 36—40 Jahren, auch bleibt es bis zum 55. Jahre auf der verhältnissmässigen Höhe. Bei den Frauen bestehen die Abweichungen, dass schon das Alter vor 15 Jahren denselben Procent-Satz der

Heilungen zeigt, wie das von 15—20 Jahren, dass das Alter von 36—40 Jahren einen sehr niedrigen Procent-Satz zeigt, wobei zu bemerken, dass bezüglich des Eintritts der ersten Anfälle das Alter von — 14 Jahren sich durch einen geringen, das von 36 bis 40 Jahren sich durch einen hohen Procent-Satz auszeichnet. Abweichend ist ferner bei den Frauen, dass die bedeutende Abnahme bereits mit dem 51. Jahre beginnt. Die Heilungs-Procente der ersten Anfälle bei den Frauen überragen die der Männer, das Verhältniss ist 35,8 bei den Männern, 38,1 bei den Frauen. Es überwiegen namentlich die jüngeren Jahrgänge bei den Frauen die der Männer, während die älteren zurückstehen. Den verschiedenen Verlauf der Heilungen auf den einzelnen Altersstufen je nach den Geschlechtern übersieht man am besten, wenn man die Summa der Heilungen aller Altersstufen zu 100 annimmt, und darnach die Procent-Sätze der einzelnen Altersstufen berechnet. Es ergiebt sich dann die Tabelle 70b., aus der sich die auf der gegenüberstehenden Seite befindlichen Curven herstellen lassen.

	Tab. 70a. Procent-Verhältnisse der Heilungen auf den einzelnen Altersstufen			Tab. 70b. Procent-Verhältnisse der Heilungen zu 100 aller Heilungen.	
	S.	M.	Fr.	M.	Fr.
0—14	46,7	39,3	58,8	10,2	15,2
15—20	52,7	48,3	58,7	12,5	15,2
21—25	38,4	34,4	45	8,9 } 49	11,7 } 61,8
26—30	34,3	31,8	38,8	8,2	10
31—35	36,6	35,4	37,6	9,2	9,7
36—40	28,3	34,1	20,9	8,8	5,4
41—45	34,5	33,2	35,6	8,6	9,2
46—50	37,8	39	36,6	10,1	9,5
51—55	26,4	35,7	21,4	9,3 } 51,3	5,5 } 38,1
56—60	23,9	27,5	18,5	7,1	4,8
61—65	17,1	20	14,3	5,2	3,7
über 65	5	8,5	0	2,2	—
Summa	36,7	35,8	38,1		

Statistik, betr. 3,115 Aufnahm



Lebens-alter.	0 bis 14.	15 bis 20.	21 bis 25.	26 bis 30.	31 bis 35.	36 bis 40.	41 bis 45.	46 bis 50.

Anmerkung. Bei den die Heilungen betreffe
Veranschaulichung die Procent-Sätze verdoppelt wor

Es ergiebt sich daher, dass bis zum
züglich der Heilungen nicht unbedeuten
Jahre sinkt die Curve der Frauen plötzl
mit Ausnahme eines geringen Plus für
bis 45 Jahren beständig unter der der Mä
dieser so sehr bedeutenden Schwankunge
scheinlich, dass Versetzungen aus einer
stattgefunden haben, so dass das wahr
ein stetiges Minus für die Frauen von e
an ergeben wird. Die Vergleichung dies
Frequenz des Erkrankens ergiebt übrigen
entgegengesetzten Verlauf beider Curven,
bei den Männern die Frequenz bedeutend
keit geringer ist, als bei den Frauen.

Es befinden sich in der Literatur me
treffs der Heilungen zu den einzelnen
leiden jedoch an mehreren Mängeln. Z
und wiederholten Anfälle unterschiedslos
Dass bei der stattfindenden Verschiedenh
beiden Beziehungen dies die Procent-Sätz
welche zum geringen Antheile Rückfälle
muss gegen die älteren ist klar. Dann
wonach der Procent-Satz berechnet werd
ist auffallend, dass man die Berechnun
der in den Anstalten Vorhandenen vielfa
den Schwedischen Berichten von 1861 un

richten über die Retreat und das York'sche Stiftungs-Irrenhaus. Eine solche Berechnung ist jedoch vollkommen werthlos. Es bestehen nämlich die in den Anstalten Vorhandenen zum ausserordentlich überwiegenden Theil aus abgelaufenen Fällen, wo von Genesungsfähigkeit nicht mehr die Rede sein kann, die nach der obigen Kritik der Berechnung der Heilungs-Procente überhaupt gänzlich ausser Berechnung bleiben müssen. Auch die weiter befolgte Methode nach dem Alter der Aufnahme, ist bei der Nichtübereinstimmung desselben mit dem Alter der Erkrankung und bei der Verschiedenheit desselben in verschiedenen Anstalten, mit vielen Mängeln behaftet, doch eher vergleichbar. Es dürfte sich daher die von uns befolgte Methode empfehlen, das Alter der Erkrankung zum Ausgangspunkte zu nehmen. Dies ist allerdings nicht immer das Alter der Genesung, doch ist der Unterschied nicht so bedeutend und für das letztere würde es schwer sein, das Ganze zu finden, zu dem das Genesungs-Procent festzusetzen ist. Bei unserer Methode lautet die gestellte Frage: Wie gross ist bei der Erkrankung auf dieser Altersstufe die Wahrscheinlichkeit der Genesung überhaupt? — Da anderweitige derartige Beobachtungen nicht existiren, so sind wir gezwungen, einen Vergleich mit den Genesungs-Procenten zu dem Alter der Aufnahmen zu machen. Es ist nun in dieser Hinsicht zuerst zu erwähnen eine Statistik des Bethlehem-Hospital (Zeitschrift XVI. S. 664) mit seinen angeblich ausschliesslich frischen Fällen, die nach kurzer Zeit der Behandlung wieder entlassen werden. Es genasen dort bis zum 25. Jahr $^3/_5$ der Aufnahmen, zwischen 30—65 ½ und nach dem 65. Jahre $^1/_7$. *Hoffmann* (Ztschr. XVI. S. 89.) spricht von 164 Fällen, nach ihm im Alter der Pubertätsentwickelung, von denen 116, also 70,7 Procent, genasen. Unsere Tabelle ergiebt bis 25 Jahr 45 Procent, von 25 bis 65 Jahr 33 Procent, über 65 Jahr 5 Procent. Wir haben also zwischen unseren jüngeren und älteren Jahrgängen einen grösseren Abstand, als in jenen Angaben von Bethlehem, was in dem oben betreffs der Rückfälle Gesagten jedenfalls zum Theil seine Erklärung findet. In den Angaben von *Güntz* (Anstalts-Bericht S. 84) findet man für die späteren Jahrgänge noch sehr hohe, für 50—60 Jahre 54, für 60—70 noch 42 Genesungs-Procente, ausserdem hier in den letzten Jahrgängen, mit Ausnahme des allerletzten, die Frauen in höherem Grade überwiegend, als in den früheren, also von uns abweichend. Die Retreat (*Julius*, S. 293) ergiebt auch für die späteren Jahre noch sehr hohe Genesungs-Procente, jedoch einen allmähligen Abfall und vom 60. Jahre einen sehr markirten. Es findet bezüglich der Geschlechter insofern einige Uebereinstimmung mit unseren Angaben statt, als be-

züglich des relativen Verlaufs der Gesammth
zelnen Altersstufen bei der Procent-Bere
Altersstufen zur Gesammtheit aller Altersst
nommen, bis zum 30. Jahr, die Männer 32,
cent, als etwas mehr, vom 70. Jahre ab
Frauen 5,2 Procent. liefern. Die hohen Heil
treat und den Thonberg auch für die spät
ausser dem eben Angeführten in der Kritik
überhaupt ihre Erledigung.

In Tabelle A

Genesungen nach den Altersstufen der Erkrankung).

Berechnet nach den Aufnahmen.		20 Jahr.	30 Jahr.	40
York'sches Stiftungs-Irrenhaus 1814—40 (*Julius*, S. 321).	S	52,8	37,6	28
	M.	48,4	26,8	25
	Fr.	54,5	50,0	33
Illenau (Bericht 1866, Tab. XIII.)	S.	74,6	49,7	32
	M.	73,8	47,1	31
	Fr.	76,8	52,7	34
Stewart I. (Journ. of ment. sc. 1865, S. 163).	S.	50,0	34,1	34
	M.	50,0	33,1	30
	Fr.	50,0	36,2	39
Berechnet nach dem Alter der 1.				
Stewart II. (ibid.)	S.	36,4	33,2	27
	M	35,6	32,6	18
	Fr.	38,5	34,1	35
Marsberg 1836—64.	S.	52,0	36,7	32
	M.	47,1	33,3	35
	Fr.	58,6	42,0	29

haben wir eine Reihe von Angaben über G
Altersstufen, nach Decennien geordnet, zu
3 ersten beziehen sich auf das Alter der A
letzten auf das Alter der 1. Erkrankung. D
gaben weichen insofern ab, als für Marsber
stufen bis zum 40. Jahr überwiegen, für *Stew*
diesem Termin. Es wäre dies vielleicht bei
lich, dass bei *Stewart* wohl das Alter der ers
jedoch der Ausgang des Anfalls notirt wäre

gelangte.* Es zeichnen sich übrigens beiderseits die Altersstufen von 31—40 Jahren durch einen besonders niedrigen Stand aus. Derselbe hat jedoch einen verschiedenen Ursprung, in Marsberg durch die Frauen von 36—40 Jahren, bei *Stewart* durch die Männer von 36—40 Jahren. Die Angaben nach dem Alter der Aufnahme zeigen für die erste, in 2 Fällen auch für die zweite Altersstufe einen sehr hervorragenden Satz von Genesungen, von da an ein mehr gleichmässiges Verhalten und weniger Abfall als die Zusammenstellungen nach dem Alter der ersten Erkrankungen. Es ist dies dadurch erklärlich, dass die ersten Altersstufen noch nicht von den früheren Altersstufen übertragene, unheilbare Fälle enthalten, welche in den folgenden eintreten, während die höchsten Altersstufen, aber auch in etwa schon die beiden ersten durch die grössere Genesungsfähigkeit der Rückfälle gehoben werden. Es zeichnet sich übrigens für die York'sche Anstalt und Illenau die Stufe von 31—40 Jahren, für *Stewart* I. die von 41 bis 50 Jahren durch einen besonders niedrigen Stand aus und ist derselbe überall durch die Männer bedingt. Man wird hier geneigt sein, an den Einfluss der paralytischen Männer zu denken. *Stewart* (l. c.) hat sein Augenmerk auf das Anwachsen des Satzes für die Altersstufe von 40—50 Jahren gerichtet und kommt auf den günstigen Einfluss der klimacterischen Periode. Die bei den anderen Angaben verschiedene Altersstufe und die geringe, meist gänzlich mangelnde Betheiligung der Frauen, bei denen man doch vorzugsweise von klimacterischen Einflüssen spricht, dürfte das Gegentheil dieser Auffassung beweisen. Bereits mit dem 60. Jahre beginnt überall schon ein bedeutender Abfall der Genesungs-Procente, mit dem 70. Jahre in höherem Grade, nur Illenau und *Stewart* I. erhalten sich bis zum 70. Jahre auf ziemlich bedeutender Höhe. — Bezüglich des Verhaltens der Geschlechter zu einander befolgt die Mehrzahl einen sehr übereinstimmenden Gang. Bis zum 40. Jahre überwiegen die Frauen, nach demselben die Männer. In der York'schen Anstalt findet sich jenes Uebergewicht der Männer für die letzteren Altersstufen allerdings nicht, dagegen ein geringeres Zurückstehen der Männer, als auf den frühen Altersstufen, also derselbe Gegensatz. *Stewart* I. lässt dieselbe Regel, wenn auch nicht so prägnant, erkennen, *Stewart* II. dagegen nicht. Es überwiegen die Frauen hier gleichmässig für die späten wie für die frühen Altersstufen. Es wäre dies Verhalten wohl aus jener obigen Annahme erklärlich, dass wohl das Alter der ersten Erkrankung, dagegen der Ausgang des Alters der Aufnahme notirt wäre oder das Alter bei der Entlassung. Es würde sich dann

nämlich bei den Frauen deren grössere Neigung zu Rückfällen und die grössere Heilbarkeit der letzteren geltend machen.

Das strenge Gesetz des organischen Bedingtseins, welches sich in diesen Erscheinungen ausspricht, ermuthigt dazu, dasselbe nach anderen Richtungen aufzusuchen, welche früher in hohem Grade charakteristische Verschiedenheiten ergaben.

Tabelle 70 c.

	Procent-Verhältnisse der Heilungen auf den einzelnen Altersstufen je nach den					
	Erblichen			Nichterblichen.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
Summa	39	43,1	—	33,3	34,6	—
0—14 J.	38,9	50	43,3	40	80	53,3
15—20	51,7	61,1	56	44,9	55,6	49,3
21—25	36,8	45,8	40,2	32,4	44,3	37
26—30	37,3	42,4	39,6	28	35,1	30,7
31—35	35,3	39,1	36,8	36,4	36,6	36,5
36—40	38	23,5	32,1	31,8	19,7	26,2
41—45	36,4	45,5	40,9	31,5	29,6	30,5
46—50	38,7	30	35,3	39,1	39,2	39,2
51—55	46,2	46,2	46,2	31	10,3	20,7
56—60	30,8	20	27,8	25,9	18,2	22,4
über 61	25	—	13,6	15,4	21,4	12,8

zeigt die Genesungs-Procente nach Erblichen und Nichterblichen. Es zeichnen sich die Erblichen durch ein bedeutendes Ueberwiegen der Heil-Procente aus und zwar ziemlich gleichmässig auf allen Altersstufen mit wenigen Ausnahmen, wovon bemerkenswerth die von 0—14 Jahr. — Will man weiter den Verlauf der Heilungen auf den einzelnen Altersstufen bei angenommener gleicher Anzahl von Gesammtgenesungen zur Anschauung bringen, berechnet man also nach dem Früheren die einzelnen Altersstufen zu einer Gesammtzeit von 100, so ergiebt sich

Tabelle 70 d.

	Heilungs-Procente pro 100 der Gesammt-Zahl.											
	Erbliche.		Nicht-erbliche.		Erbliche.				Nichterbliche.			
	S.		S.		M.		Fr.		M.		Fr.	
0—14	10,5		14,9		9,4		12,4		11,2		20,5	
15—20	13,6		13,8		12,5		15,1		12,6	40,7	14,5	55,4
21—25	9,8	52,4	10,3	57,8	8,9	48,3	11,3	58,6	9,1		11,4	
26—30	9,6		8,6		9		10.1		7,8		9	
31—35	8,9		10,2		8,5		9,7		10,2		9,4	
36—40	7,8		7,3		9,2		5,8		9		5,1	
41—45	9,9		8,5		8,8		11,3		8,9		7,6	
46—50	8,6		10,9		9,3		7,4		11	59,3	10,1	44,9
51—55	11,2	47,6	5,8	42,4	11,1	51,8	11,4	40,8	8,6		2,6	
56—60	6,8		6,3		7,4		4,9		7,3		4,6	
über 61	3,3		3,6		6		—		4,3		5,5	

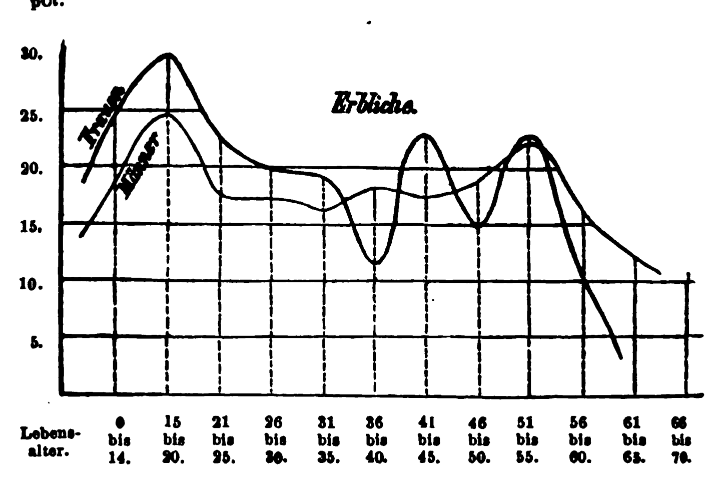
Wir haben eine Beziehung herausgebracht und bezeichnet, welche, analog der Verschiedenheit der Geschlechter, der den Erkrankungen entgegengesetzt wäre. Es würden danach die Nichterblichen bis zum 35. Jahre überwiegen. Doch lässt sich nicht läugnen, dass man diese Beziehung nach jenen Zahlen für eine künstlich hervorgesuchte halten kann. Wir müssen uns daher bescheiden, nach dieser Tabelle noch keinen bestimmten Ausspruch nach dieser Seite hin fällen zu können.

Wir kommen jetzt zu der Betrachtung des Heilungsverlaufs auf den Altersstufen je nach den Geschlechtern bei den Erblichen und Nichterblichen, Tab. 70c. Es stellt sich sowohl bei den Erblichen als Nichterblichen ein Ueberwiegen der Frauen heraus (Erbliche 39 — 43,1, Nichterbliche 33,3 — 34,6), so dass sich der Geschlechtseinfluss bei den Erblichen um so mehr geltend macht. Es tritt dies Uebergewicht der Frauen vorzugsweise in den jüngeren Jahren hervor, jedoch auch mit Sprüngen noch in späteren. Das Alter von 36—40 Jahren zeichnet sich regelmässig, entgegen den Männern, durch einen bedeutend niedrigen Stand aus. Es ist bei den Nichterblichen bei den Frauen das Alter bis 14 Jahren das am höchsten stehende, sonst ist der Verlauf der im Allgemeinen

oben verzeichnete. Die Frauen fallen anfangs bis zum 40. Jahr überall viel regelmässiger ab, als die Männer. Bei den Erblichen beginnt beiderseits erst vom 56. Jahre ab, bei den nichterblichen Männern ebendort, bei den Frauen vom 51. Jahre ab ein bedeutender Abfall.

Was nun das Verhältniss des Verlaufs zu einander bei den Geschlechtern je nach den Erblichen und Nichterblichen betrifft, Tabelle 70d., so tritt er hier bei der Berechnung der Heilungs-Procente je nach den Altersstufen zu einer Gesammtzahl von 100 Procent am deutlichsten hervor und ist er bei den Nichterblichen am deutlichsten ohne alle Nebenstörungen. Es hält sich also (s. die umstehenden Curven der Nichterblichen und Erblichen) constant die Curve der Männer bis vor dem 30. Lebensjahre unter der der Frauen, nach demselben über ihr, mit Ausnahme der letzten Altersstufe. Auch bei den Erblichen tritt dieser Gegensatz zwischen Männern und Frauen deutlich hervor. Bis vor dem 35. Jahr sind die Frauen überwiegend, nachher, mit einigen Unterbrechungen, die Männer. Es lässt sich das Letztere auch sehr leicht aus den Zahlen der Procente erkennen. Es ist interessant, diese letztere Curve mit der der relativen Frequenz der ersten Anfälle auf den einzelnen Altersstufen zu vergleichen. Während dort der Erblichkeitsfactor so überwiegend auf die Frauen Einfluss hatte, dass der Geschlechtsunterschied sich bis zur Unkenntlichkeit in den Curven verwischte, ist letzterer, entgegen dem Erblichkeitsunterschiede, bei den Heilungen noch sehr markirt. Es geht daraus hervor, dass die beiden Factoren, der, welcher die Frequenz der Erkrankung und der, welcher die Heilung bedingt, nicht dieselben sind.

pCt.
40.
35.
30.
25.
20.
15.
10.
5.
Nichterbliche.
Frauen
Männer
Lebens-alter.
0 bis 14.
15 bis 20.
21 bis 25.
26 bis 30.
31 bis 35.
36 bis 40.
41 bis 45.
46 bis 50.
51 bis 55.
56 bis 60.
61 bis 65.



Wiederholte Erkrankungen.

Tab. 70.

Wiederholte Aufnahmen.

A. Personen.	Erbliche.				Nicht-erbliche.				Erblichkeit zweifelhaft.				Summa.			
	Geheilt. M.	Geheilt. Fr.	Nicht-geheilt. M.	Nicht-geheilt. Fr.	Geheilt. M.	Geheilt. Fr.	Nicht-geheilt. M.	Nicht-geheilt. Fr.	Geheilt. M.	Geheilt. Fr.	Nicht-geheilt. M.	Nicht-geheilt. Fr.	Geheilt. M.	Geheilt. Fr.	Nicht-geheilt. M.	Nicht-geheilt. Fr.
zum 1. Mal	49	30	34	21	45	22	29	14	8	1	2	—	102	53	65	35
- 2. -	10	5	—	4	3	3	1	—	—	—	—	—	13	8	1	4
- 3. -	3	2	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	5	3	—	—
- 4. -	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—
- 5. -	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Summa	65	38	34	25	50	26	30	14	8	1	2	—	123	65	66	39
Dazu Epilept. und Idioten													3	1	4	1

B. Fälle.	Erbliche.				Nicht-erbliche.				Erblichkeit zweifelhaft.				Summa.			
	Geheilt. M.	Geheilt. Fr.	Nicht-geheilt. M.	Nicht-geheilt. Fr.	Geheilt. M.	Geheilt. Fr.	Nicht-geheilt. M.	Nicht-geheilt. Fr.	Geheilt. M.	Geheilt. Fr.	Nicht-geheilt. M.	Nicht-geheilt. Fr.	Geheilt. M.	Geheilt. Fr.	Nicht-geheilt. M.	Nicht-geheilt. Fr.
zum 1. Mal	49	30	34 +4	21	45	22	29 +4	14 +1	8	1	2	—	102	53	73	36
- 2. -	20	10	+1	8 +1	6	6	2 +1	—	—	—	—	—	26	16	3	9
- 3. -	9	6	+1	—	6	3	—	—	—	—	—	—	15	9	2	—
- 4. -	8	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	4	—	—
- 5. -	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—
Summa	91	50	40	30	57	31	36	15	8	1	2	—	156	82	78	45
Dazu Epileptische und Idioten													3	1	4	1
Summa													159	83	82	46
Summa Summarum													241		129	

(Die mit dem + Bezeichneten betreffen Solche, welche vor- oder nachher wiederholt nach erfolgter Genesung aufgenommen wurden.)

Die Tabelle 70. enthält in der 1. Colonne jeder Abtheilung die Summe der Rückfälle und der rückfälligen Personen. Als Rückfälle sind hier alle nach erfolgter Heilung stattgefundenen

wiederholten Erkrankungen genommen. Die Summe der Rückfälle und ihr Procent-Satz berechnet sich also in der gewöhnlichen Weise folgendermaassen:

Gesammtzahl.			Rückfälle.		
M. 1,861.	Fr. 1,254.	Sa. 3,115.	M. 159.	Fr. 83.	Sa. 242.
		Proc.	- 8,5	- 6,6	- 7,8.

Diese Berechnung giebt über die Natur des wiederholten Erkrankens offenbar nicht entsprechende Auskunft, da in der Summa Epileptische, Blödsinnige und ohne stattgefundene Heilung wiederholt Aufgenommene enthalten sind. Entsprechender ist die Berechnung zu den aufgenommenen Personen nach Ausscheidung der Epileptischen und Blödsinnigen.

Es ergiebt sich dann Folgendes:

Gesammtzahl.			Rückfälle.		
M. 1,494.	Fr. 1,067.	Sa. 2,561.	M. 156.	Fr. 82.	Sa. 238.
		Proc.	- 10,4.	- 7,7.	- 9,3.

Bringt man ferner die Zahl der rückfälligen Personen in Beziehung zur Zahl der aufgenommenen Personen, so ergiebt sich Folgendes:

Zahl der rückfälligen Personen.		
M. 123.	Fr. 65.	Sa. 188.
8,2 pCt.	6,1 pCt.	7,3 pCt.

Vergleichen wir jetzt die Resultate der allgemeinen Tabelle des Lebensalters, wo also auch die ausserhalb der Anstalt stattgefundenen Rückfälle in Betracht gezogen sind, so ergeben sich, wenn man nach der Tabelle 31. die Periodischen zu einem nicht geheilten Rückfall und zu einer rückfalligen Person in Anrechnung bringt, folgende Zahlen und Verhältnisse:

Zahl sämmtlicher Anfälle.			Rückfälle.		
M. 1,466.	Fr. 1,125.	Sa. 2,591.	M. 211.	Fr. 190.	Sa. 401.
			- 14,4	- 16,9	- 15,5 pCt.

Zahl sämmtlicher Personen.			Zahl der rückfälligen Personen.		
M. 1,255.	Fr. 939.	Sa. 2,190.	M. 173.	Fr. 155.	Sa. 328.
			- 13,8	- 16,6	- 15,0 pCt.

Es ergiebt sich also, wie viel beträchtlicher die Zahl der Rückfälle ist, wenn man die ausserhalb der Anstalt überstandenen mitrechnet, ferner, dass entgegen dem aus den Anstalts-Verhältnissen gewonnenen Resultate, die Frauen sowohl bezüglich der Zahl der Rückfälle, als der rückfälligen Personen nicht unbedeutend prävaliren.

Statt der ausgeführten Berechnung giebt eine solche vielmehr Aufschluss über die Natur der Rückfälle, welche die Summe der

vorausgegangenen Heilungen, von welchen
sind, zum Vergleichsganzen nimmt, da di
heilbar Gebliebenen keine Rückfälle stell
sichtspunkte würden sich, bei blosser Rücl
Verhältnisse, folgende Resultalte ergeben:

Zahl der zum 1 Mal Geheilten.	Zahl der 1
M. 470. Fr. 317. S. 787.	M. 12
	= 25

Nach den Resultaten der allgemeinen '
sich Folgendes ergeben:

Zahl der zum 1. Mal Geheilten.	Zahl de ligen zu
M. 449. Fr. 356. S. 805.	M. 17
	= 38,

Es stellt sich also ein dem vorigen e
heraus.

Bei Vergleich der in der Literatur vor
bei der theilweisen grossen Verwirrung u
zurecht zu finden, einige Bemerkungen nö

Es ist nämlich der zuletzt befolgte (
festzuhalten. Es handelt sich immer um P
neres Schicksal. Die Zahl der zum 1. Mal
mit diesen bezüglich der Genesungen in Be
sonenzahl. Diese Personenzahl, auf welch
erstrecken, ist also das zunächst Festzustel
keine Klarheit zu bekommen. Diese Zah
nicht direct gezählt ist, dadurch bestimm
geheilten Rückfälle abgezogen wird von de
nesungen. Die erste Beziehung nun ist
Rückfälle bekommenden Personen, gleichb
der 2ten Anfälle. Zieht man diese Zahl
Summe der Personen, ab, so erhält man
1sten Anfall ein für alle Mal geheilt bl
umgekehrt. Eine weitere, noch interessi
Zahl der von den wiederholten Anfällen g
der in letzter Instanz geheilt bleibenden
ist dadurch zu bekommen, dass man die Z
haupt abzieht von der Gesammtzahl der G
lich eine Person von dem 1. Rückfall ung
Methode 0, also das Endresultat der Beob
2ten Mal geheilt, so ergiebt sie 2 Genesu
also 1 Genesung in letzter Instanz. Ko

dem Ausgang in Genesung bei dem letzten vor, so ergiebt sie 6 — 5 = 1, also Genesung in letzter Instanz. Von Interesse könnte es auch noch sein, die Gesammtzahl der Rückfälle in Beziehung zu den 1. Genesungen, also zu der Zahl der Personen, diesem Vergleichsganzen aller Beziehungen, festzustellen.

Schliesslich ist noch darauf aufmerksam zu machen, dass ein endgültiges Resultat nur zu gewinnen ist, wenn man die 1. Erkrankungen und die wiederholten Erkrankungen nicht identificirt mit 1. Aufnahme und wiederholter Aufnahme. Es ist daher zur richtigen Darstellung der Verhältnisse die nach Tabelle 31. befolgte Methode viel genauer Auskunft gebend. Vorläufig muss man die Resultate der anderen Methode, die sich fast allein der Beobachtung darbieten, benutzen.

Wenn schon die lange bestehenden öffentlichen Anstalten bezüglich der wiederholten Erkrankungen viel bessere Nachrichten ergeben, als Privat-Anstalten, so müssen doch diejenigen Anstalten besonders dankenswerthe Materialien liefern, welche sich nach Jahren über die Genesenen berichten lassen. Es finden sich solche Nachrichten für Siegburg bis zum Jahr 1846, Ztschrft. VI. S. 473 und für die Retreat für 44 Jahre des Bestehens bei *Julius*, Tabelle 18. und ff., für 33 Jahre zusammengestellt. Wir stellen sie in Folgendem mit unseren Resultaten zusammen:

Tab. 71 a.

	Siegburg.	Leubus.						Retreat.						Marsberg.					
		A.			B.			A.			II. Nur mit den 1sten Anfällen Aufgen.			A.			B. Nach den Anfällen auch ausserhalb.		
	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
Vom 1. Anfall Genesene.	567	666	643	1309	—	—	—	102	117	219	69	80	149	470	317	787	449	356	805
Zum 1. Mal und dauernd Genesene.	390	540	564	1104	374	393	767	67	77	144	48	54	102	342	251	593	276	201	477
Rückfällige Personen	177	126	79	205	292	250	542	35	40	75	21	26	47	123	65	188	173	155	328
In letzter Instanz Genesene	—	600	594	1194	—	—	—	78 (B 58	94 74	172 132)	—	—	—	401	286	687	345	265	610
Rückfälle	259	143	96	239	—	—	—	43	76	119	—	—	—	159	83	242	211	190	401
Procente.																			
Zum 1. Mal und dauernd Genesene	68,8	81,1	87,7	84,3	56,2	61,1	58,6	65,7	65,8	65,8	72,7	65,0	68,5	74,7	79,5	76,1	61,5	56,5	59,3
Rückfällige Personen	31,2	18,9	12,3	15,7	43,8	38,9	41,4	34,3	34,2	34,2	27,3	35,0	31,5	25,3	20,5	23,9	38,5	43,5	40,7
In letzter Instanz Genesene	—	90,9	92,4	91,2	—	—	—	76,5 (B 56,9	80,3 63,2	78,5 60,3)	—	—	—	85,3	90,2	87,3	76,6	74,4	75,8
Rückfälle	45,7	21,5	14,9	18,3	—	—	—	42,2	65	54,3	—	—	—	33,8	26,2	30,7	47	53,4	49,8

Bezüglich der Siegburger Angaben ist allerdings zu bemerken, dass dieselben nicht klar sind und manches Widersprechende enthalten. Es ist im Texte direct bemerkt, dass die Angaben sich auf 579 Individuen erstrecken, und da von 12 keine Nachrichten vorliegen, so bleiben Individuen 567. Ausserdem ist direct angegeben, dass dauernd ohne Rückfall gesund blieben 390, weshalb also die Zahl der rückfälligen Personen 567 — 390 = 177 betragen haben muss. Dem widerspricht allerdings die weitere Angabe von 60 rückfälligen Personen, sowie auch noch andere Widersprüche vorkommen.

Leubus A. enthält nur die in der Anstalt, Leubus B. die Berücksichtigung sämmtlicher, vor der Einlieferung und nach der Entlassung eingetretenen Rückfälle, ist also Marsberg B. von allen vorhandenen Angaben der Methode der Bestimmung nach allein vollkommen vergleichbar.

Die wichtigste von allen Berechnungen ist die in der 2ten Zeile enthaltene Procent-Berechnung. Die Zahl der nach der Heilung rückfälligen Personen beträgt für Siegburg 31,2; Leubus A. 15,7; Retreat 34,2; nach den Marsberger Anstalts-Acten 23,9. Dagegen liefert die anderweitige Bearbeitung für Marsberg, wobei auch die ausserhalb verlaufenen Anfälle berücksichtigt sind, 40,7; Leubus B. 41,4, also übereinstimmend. Unsere Nachrichten bleiben jedoch jedenfalls unter der wirklichen Häufigkeit der Rückfälle, da jedenfalls ein Theil nach erneuter Erkrankung nicht wieder eingeliefert ist. Es ist daher wohl glaubhaft, dass *Thurnam* Recht hat (*Julius*, S. 247), der nach einer anderen Zusammenstellung sagt, dass man die Wahrscheinlichkeit des Rückfalls auf 50 Procent schätzen kann, welche Zahl er später auf 65,6 Procent erhöht.

Interessant ist noch die 2te Tabelle der Retreat, welche nur die Aufnahmen bei den 1. Erkrankungen und deren wiederholte Aufnahmen berücksichtigt. Es stellt sich so die Prädisposition niedriger, wohl erklärlich, da unter den anderweiten 1. Aufnahmen wiederholte Erkrankungen sind, deren Prädisposition zu Rückfällen grösser ist.

Interessant ist ferner das Verhältniss der Geschlechter. Für Leubus und Marsberg ist die Zahl der Männer grösser, für die Retreat die Männer und Frauen =, für Retreat B. und Marsberg B. die Zahl der Frauen grösser, für Leubus B. grösser als Leubus A. Es ist dieser Unterschied wohl dem oft besprochenen Umstande zuzuschreiben, dass die wiederholten Erkrankungsfälle der Frauen noch viel mehr als die 1sten zu Hause gehalten wer-

den, so dass bei hinlänglich genauen Nachrichten sich überall das Uebergewicht rückfälliger Frauen ergeben würde.

Die anderweitigen Procent-Berechnungen zeigen ebenfalls noch manches Eigenthümliche. Aus der 3ten Zeile ergiebt sich das immer grössere Zurücktreten der Genesungen in letzter Instanz, je mit der Länge der Zeit und Genauigkeit der Nachrichten. Es culminirt mit Retreat B., welches das fernere Schicksal der Betreffenden nach der Entlassung berücksichtigt hat, mit 60,3. Wenn ferner aus dieser Zeile mit Ausnahme von Marsberg sich für die Genesungen in letzter Instanz noch immer ein Uebergewicht der Frauen ergiebt, so tritt aus der 4ten, und zwar in um so höherem Grade, je genauer die Nachrichten, für die Rückfälle ein Uebergewicht der Frauen hervor. — Die meisten in der Literatur vorhandenen Angaben lassen in der uns beschäftigenden Richtung keinen exacten Vergleich zu, weil die Zahl der zum 1. Mal Geheilten, also die Personen, auf welche sich die Genesungs-Angaben erstrecken, nicht aus ihnen zu ermitteln ist und von den wiederholten Aufnahmen die Scheidung der nach erfolgter und nicht erfolgter Genesung stattgefundenen nicht stattfindet.

Um sich klar zu machen, in wie geringem Grade die Methode der meist in der Literatur vorhandenen Angaben über Rückfälle, welche die Zahl der Aufnahmen zum Vergleichsganzen wählen, sachlichen Aufschluss gewähren, möge man Folgendes berücksichtigen:

Man nehme als grelles Beispiel an, dass in einer Anstalt auf 100 Aufnahmen 10 wiederholte Aufnahmen bei einer Person, in einer 2ten 10 Rückfälle (das Wort hier wie gewöhnlich, wo nicht anders hervorgehoben, für wiederholte Aufnahme nach erfolgter Genesung gebraucht) bei 10 Personen erfolgen. Im ersten Fall wird das charakteristische Verhältniss der rückfälligen Personen = 1 : 90, im zweiten = 1 : 9 sein. Wie gross diese Verschiedenheiten dieser wiederholten Aufnahmen derselben Person unter verschiedenen Verhältnissen, je nach der Lage, der Länge des Bestehens, privaten Verhältnissen etc. sind, übersteigt jede aprioristische Schätzung und macht, wenn nicht die Zahl der Personen bekannt ist, jede Berichtigung unmöglich. Während Anstalten mit 30- und 50jährigem Bestand nicht über 6—7 wiederholte Aufnahmen bei einer Person haben, ist z. B. Ztschrft. Bd. XI. S. 505 im Seine-Departement von Rückfällen zum 17. und 18. Mal die Rede. Für die Retreat (*Julius*, S. 245) ist von 2 Frauen die Rede, die 17 Mal geheilt worden, indem jede 10 Mal aufgenommen wurde. Bei *Morel*, in seinem Handbuch, ist von 37maliger Auf-

nahme die Rede. Die Zahlen-Angaben bezüglich der wiederholten Aufnahmen zu den Aufnahmen überhaupt nach dem weiteren Schema sind z. B. [illegible] XX. S. 157 für Irland im Jahr [illegible] 1 : 4 Aufnahmen. XIX. S. [illegible] [illegible] 1 : 7 Aufnahmen; XV. S. 314 [illegible] für 46 Jahre 1 : 13. [illegible] Bericht 1864, S. [illegible] 144. — 43 1 : 13 Männer 13 Frauen 1 . . für den vorhergehenden 20jährigen Zeitraum noch weniger etc.

[illegible] den Einwände wie gegen die Berechnung der Rückfälle zu den Aufnahmen gelten auch von der Berechnung der Rückfälle überhaupt zu den Genesungen überhaupt, wozu noch unter Anderem gegen die Methode, bei den Aufnahmen die erste und die wiederholte Erkrankung [illegible], und dies als Momente des ersten und wiederholten Erkrankens anzusehen. Nach letzterer Methode waren z. B. die Schwedischen Anstalten [illegible] XXII. S. 27, im Jahre 1861 63 Procent, im Jahre 1862 70 Procent zum 1. Mal erkrankt. [illegible] Journ. of ment. sc. 1865, S. 16[illegible] 1. Anfa. 60 4 Procent. — Geht man jetzt dazu über, die besprochenen Verhältnisse je nach den Erblichen und Nichterblichen zu verfolgen, so ergiebt sich Folgendes:

A. Nach den Anstalts-Acten:

Erbliche.

Zahl der zum 1. Mal Geheilten.	Zahl der zum 1. Mal Rückfälligen nach obiger Zahl der rückfälligen Personen.
M. 196. Fr. 137. Sa. 333.	M. 33,2. Fr. 27,6. Sa. 30,9.

Nichterbliche.

Zahl der zum 1. Mal Geheilten.	Zahl der zum 1. Mal Rückfälligen nach obiger Zahl der rückfälligen Personen.
M. 220. Fr 156. Sa. 376.	M. 22,7. Fr. 16,7. Sa. 20,2.

B. Nach der allgemeinen Tabelle.

Erbliche.

Zahl der zum 1. Mal Geheilten.	Zahl der zum 1. Mal Rückfälligen nach obiger Zahl der rückfälligen Personen.
M. 206. Fr. 165. Sa. 371.	M. 43,2. Fr. 49,2. Sa. 45,8.

Nichterbliche.

M. 243. Fr. 191. S. 434.	M. 34,5. Fr. 38,7. S. 36,4.

Aus diesen Resultaten ergiebt sich zunächst die frühere Bemerkung, wonach das sowohl für die Erblichen als Nichterblichen für die Anstalt bestehende Verhältniss, wonach die Rückfälle beim männlichen Geschlecht überwiegen, sich bei Betrachtung des gan-

zen Verlaufs der Krankheit entgegengesetzt gestaltet. Es sind ferner die Erblichen bedeutend mehr prädisponirt zur Wiedererkrankung als die Nichterblichen, nach der allgemeinen Tabelle im Verhältniss von 45,8 : 32 und zwar ziemlich gleichmässig bei beiden Geschlechtern.

Bezüglich der weiteren Prädisposition nach der 2ten etc. Genesung ergiebt sich Folgendes:

B.	Nach der 2.	3.	4.	5.
	Genesung rückfällig			
Erbliche	37,3	55	66,6	60
Nichterbliche . .	24,3	30,8	25	—

Es nimmt also die Prädisposition für weitere Erkrankung durch wiederholte Rückfälle zu, sowie die Erblichen bezüglich dieser Prädisposition stets sehr prävaliren.

Wir lassen die betreffenden Data für Leubus für einen 33jährigen Zeitraum nach *Jung* (l. c.) folgen:

A. Nur in die Anstalt Aufgenommene:

Erbliche.

Zahl der zum 1. Mal Geheilten. M. 200. Fr. 220. Sa. 420.

Zahl der zum 1. Mal Rückfälligen. M. 37. Fr. 33. Sa. 70.
= 18,5. 15,0. 16,7.

Rückfälle überhaupt.
M. 46. Fr. 41. S. 87.
= 23,0. 18,6. 20,7.

Nichterbliche.

Zahl der zum 1. Mal Geheilten. M. 466. Fr. 423. Sa. 889.

Zahl der zum 1. Mal Rückfälligen. M. 89. Fr. 46. S. 135.
= 19,1. 10,9. 15,2.

Rückfälle überhaupt.
M. 97. Fr. 55. Sa. 152.
= 26,8. 13,0. 17,1.

B. Mit Rücksicht auf die ausserhalb der Anstalt vorgekommenen Rückfälle.

Erbliche. Nichterbliche.

Gesammtzahl dieselbe.

Zahl der zum 1. Mal Geheilten. M. 87. Fr. 91. S. 178.
= 43,5. 41,4. 42,4.

Zahl der zum 1. Mal Rückfälligen. M. 205. Fr. 159. Sa. 364.
= 44,0. 37,6. 40,9.

Diese Resultate zeigen denselben principiellen Gegensatz, sowohl bezüglich der in der Anstalt, als ausserhalb beobachteten Rückfälle, doch in viel geringerem Grade. Auch die hier berechnete Summe der Rückfälle im Verhältniss der betroffenen Personen zeigt dasselbe. Auffallend ist, dass die Uebereinstimmung mit unseren Daten nur durch die Frauen herbeigeführt wird, während die Männer die entgegengesetzte Erscheinung darbieten. Die Frauen stehen dabei sehr an Zahl gegen die Männer zurück, bei Berücksichtigung aller Rückfälle ist dies Zurückstehen geringer. Oben bei Zusammenstellung der Rückfälle im Allgemeinen trat ebenfalls das abweichende Verhältniss für Leubus gegen das, was als Norm anzunehmen, hervor. Es erklärt sich beides durch die Annahme, dass für Leubus nicht alle Rückfälle vorliegen, während wir mehr gesichtetes Material haben.

Bei *Grainger-Stewart* (*Jung*, XXIII. S. 237) stellt sich bei Zusammenstellung der in die Anstalt aufgenommenen erstmaligen und wiederholten Erkrankungen ebenfalls eine grössere Neigung zu Rückfällen bei den Erblichen heraus, nämlich:

	Erblich.	Nichterblich.
1. Anfall [1]	64,69.	80,0.
Wiederholte Anfälle . . .	35,33.	20,0.

	Intervall zwischen der letzten Entlassung und der wiederholten Aufnahme bei den Rückfällen.													Durchschnittsdauer des Intervalls.	1. Rückfälle.			Wiederholte Rückfälle.	Rückfälle überhaupt.
	Erbliche.			Nichterbliche.			Summa d. Erblichen und Nichterblichen	Darunter mehr als 1 Mal rückfällig Gewordene. Erbliche.			Nichterbliche.				Erbliche.	Nichterbliche.	Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.		M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.						
— 1 Monat	—	1	1	—	1	1	2	—	1	1	—	—	—	1stens bei	—	1	1	1	2
— 2 -	3	3	6	4	1	5	11	1	2	3	—	—	—	allen Rück-	3	5	8	3	11
— 3 -	6	—	6	3	—	3	9	2	—	2	—	—	—	fällen.	4	3	7	2	9
— 4 -	2	2	4	3	1	4	8	—	2	2	—	—	—		2	4	6	2	8
— 5 -	4	1	5	2	2	4	9	—	—	—	1	1	2	—	5	2	7	2	9
— 6 -	1	—	1	3	2	5	6	—	—	—	—	1	1		1	4	5	1	6
— 7 -	3	1	4	1	—	1	5	1	—	1	—	—	—	a. Erbliche.	3	1	4	1	5
— 8 -	1	3	4	3	—	3	7	—	—	—	—	—	—	3 Jahr 6½	4	3	7	—	7
— 9 -	2	—	2	4	—	4	6	—	—	—	1	—	1	Monat.	2	3	5	1	6
— 10 -	2	2	4	—	1	1	5	1	—	1	—	—	—	b. Nicht-	3	1	4	1	5
— 11 -	3	—	3	1	—	1	4	1	—	1	—	—	—	erbliche.	2	1	3	1	4
— 1 Jahr	5	3	8	2	2	4	12	2	—	2	—	—	—	3 Jahr	6	4	10	2	12
S. — 1 Jahr	32	16	48	26	10	36	84			13			4	6¼ Monat.	35	32	67	17	84
— 2 Jahr	21	8	29	8	4	12	41	7	2	9	1	—	1	—	20	11	31	10	41
— 3 -	6	2	8	10	—	10	18	—	—	—	—	—	—		8	10	18	—	18
— 4 -	6	6	12	5	2	7	19	2	—	2	1	—	1	2tens bei wie-	10	6	16	3	19
— 5 -	2	1	3	4	1	5	8	1	—	1	1	1	2	derholtem	2	3	5	3	8
— 6 -	6	4	10	5	3	8	18	1	3	4	2	—	2	Rückfall.	6	6	12	6	18
— 7 -	4	2	6	2	2	4	10	2	—	2	—	1	1	—	4	3	7	3	10
— 8 -	3	3	6	—	3	3	9	2	—	2	—	—	—		4	3	7	2	9
— 9 -	—	3	3	—	2	2	5	—	—	—	—	—	—	a. Erbliche.	3	2	5	—	5
— 10 -	1	1	2	1	2	3	5	—	1	1	—	—	—	5 Jahr 3	1	3	4	1	5
— 12 -	6	2	8	3	2	5	13	3	1	4	—	1	1	Monat	4	4	8	5	13
— 14 -	3	1	4	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	b. Nicht-	4	—	4	—	4
— 16 -	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	erbliche.	1	—	1	—	1
— 18 -	—	1	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	3 Jahr	1	—	1	—	1
— 20	—	—	—	1	1	2	2	—	—	—	—	—	—	8½ Monat.	—	2	2	—	2
Summa	91	50	141	65	32	97	238	26	12	38	7	5	12		103	85	188	50	238

Vorstehende Tabellen (Tabelle 71. und Tabelle 72.) enthalten nach den Anstalts-Acten die Intervalle, welche bei wiederholten Aufnahmen zwischen Entlassung und wiederholter Aufnahme liegen, geordnet nach Geschlecht, Erblichkeit, erstem und wiederholtem Rückfall. Zunächst ergiebt sich nun bezüglich der Geschlechter, dass die Frauen bis zu 1 Jahr einen geringeren Procent-Satz ihrer Gesammtzahl stellen, als die Männer. Man wird daraus, mit Rücksicht darauf, dass nach Obigem die Frauen in geringerem Maasse die Rückfälle zur Anstalt schicken, als die Männer, keine weiteren Schlussfolgerungen machen. Ebenso liefern die Nichterblichen bis zu 1 Jahre einen grösseren Procent-Satz ihrer Gesammtzahl, als die Erblichen. Es stimmt damit überein, dass die durchschnittliche Dauer bei den Erblichen etwas grösser ist (3 Jahr 6⅓ Monat — 3 Jahr 6¼ Monat). Man wird sich jedoch hüten, aus diesem Durchschnittswerth etwa Schlussfolgerungen der Art zu machen, dass in derselben Zeit bei den Nichterblichen etwas mehr Rückfälle erfolgten. Einen genauen Aufschluss über das betreffende Verhältniss wird man erhalten, wenn man berechnet, wie viel 1ste Rückfälle binnen Jahresfrist bei Erblichen und Nichterblichen im Verhältniss zu den zum 1. Mal Geheilten erfolgen. Es ergeben sich aus der Tabelle und aus früheren Angaben folgende Zahlen und Verhältnisse:

		A. Nach den Acten der Anstalt.				B. Nach der allgemeinen Tabelle.			
		Erbliche.		Nichterbliche.		Erbliche.		Nichterbliche.	
Zum 1. Mal Geheilte . .		333	—	376	—	371	—	434	—
Zum 1. Mal Rückfällige	innerhalb des 1. Jahres . .	35	10,5	32	8,5	58	15,6	59,5	13,7
	nach 1 Jahr	68	20,4	53	14,1	112	30,2	98,5	22,7

Für B., welches nach den auch ausserhalb der Anstalt vorgekommenen Anfällen der betreffenden Personen bearbeitet ist, sind die unter und über 1 Jahr erfolgenden Rückfälle nach den Verhältnissen der Anstalt berechnet worden. Es ergiebt sich dann, dass bis zu einem Jahre die Erblichen schon mehr Rückfälle stellen, als die Nichterblichen, dass jedoch das Hauptübergewicht der Erblichen erst nach einem Jahre eintritt, und dass wegen der noch nach längerer Zeit eintretenden Rückfälle die längere Durchschnittszahl für die Erblichen sich ergiebt.

In derselben Weise liefern die wiederholten Rückfälle eine grössere vorhergehende durchschnittliche Zwischenzeit, als die ersten Rückfälle, und zwar ganz mit denselben Folgerungen. Da wir für die 1. Rückfälle nach den Anstaltsacten die Geheilten nicht festgestellt haben, so beschränken wir uns darauf, für B. die allgemeine Tabelle, nach Tabelle 72. 3. und 4. Colonne berechnet, die nach einer Zwischenzeit von unter und über 1 Jahre erfolgenden Rückfälle je nach den 1. Heilungen und nach den 1. geheilten Rückfällen zusammenzustellen:

	Gesammt-Zahl.	Bis zu 1 Jahr Rückfällige.		Nach 1 Jahr Rückfällige.	
			pCt.		pCt.
B. Vom 1. Anfall Geheilte . . .	805	117,5	14,6	210,5	26,1
Vom 1. Rückfall Geheilte . . .	194	31	16	60	31

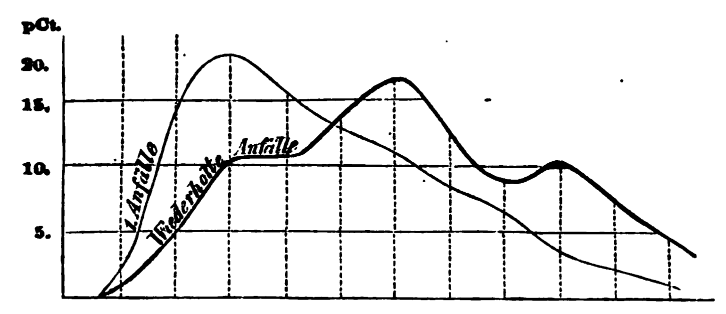
Es ergiebt sich also ein vollkommen ähnliches Resultat, so dass schon innerhalb Jahresfrist nach den Genesungen vom 1. Rückfall mehr Erkrankungen erfolgen, als nach den 1. Heilungen, nach 1 Jahre noch mehr. Es sind in vorstehender Rechnung sowohl bei den vom 1. Rückfall Genesenen, als auch zum 2. Mal Rückfälligen, die Periodischen mitgezählt worden. Für die noch öfteren Rückfälle würden sich nach früheren Ergebnissen noch höhere Zahlen herausstellen.

Das interessanteste Factum vorliegender Tabelle ist jedenfalls das, dass von den erstmaligen 188 Rückfällen im 1. Jahre 67, im 2. Jahre 31, nach 2 Jahren noch 90 rückfällig werden. — Da die Zahl der zum 1. Mal Geheilten 787 beträgt, so geht daraus hervor, dass nach Verlauf des 1. Jahres nach erfolgter Heilung noch 121 auf 720 = 17 pCt., nach Verlauf des 2. Jahres noch 90 auf 689 = 13 pCt. erkranken, was, wie wir sogleich ausführlicher nachweisen werden, eine ausserordentliche Prädisposition, durch die einmalige Erkrankung gesetzt, beweist. Ja nach Verlauf von 10 Jahren beträgt die Zahl der rückfällig Erkrankten noch 16 auf 615 = 2,6 pCt., was noch immer eine bedeutende Prädisposition, gegenüber den nicht vorher Erkrankten, anzeigt. Diese Zahlen gestalten sich viel höher, wenn man bedenkt, dass die Gestorbenen nicht berücksichtigt sind. Dies war eben der Grund, weshalb wir in der Alterstabelle, um die eigentliche Prä-

disposition der Lebensalter für die Geistesstörung zu ermitteln, sämmtliche wiederholte Erkrankungen ausgeschlossen haben. — Man wird nach Tabelle 71. annehmen können, dass bei den zum 1. Mal Rückfälligen der durchschnittliche Zwischenraum zwischen erfolgter 1. Genesung und wieder stattfindender Erkrankung 4 Jahre nicht übersteigt. Dieser Zwischenraum wird im Gegentheil viel geringer anzuschlagen sein, wenn man bedenkt, dass nach unseren Ermittelungen in der That eine viel bedeutendere Anzahl von Rückfällen in derselben Zeit erfolgt, als es die Anstaltsregister nachweisen.

Das Intervall zwischen letzter Entlassung und wiederholter Aufnahme betrug bei durchschnittlicher Berechnung nach den Angaben von *Martini* (Bericht 1864. S. 8) 6 Jahre, bei Berücksichtigung der wiederholten Erkrankungen weniger, bei *Güntz* (l. c. S. 80) bei ungefährer Berechnung 3 Jahr 1 Monat, in der Irrenanstalt zu Göppingen für 33 Rückfälle während 15 Jahre (Bericht *Landenberger*. 1866.) 2,3 Jahre, bei den Männern etwas mehr, bei den Frauen etwas weniger. Es ist hier der kurze Betand in Anschlag zu bringen, so dass die Rückfälle nach langem Intervall sich nicht oder nicht entsprechend haben geltend machen können.

Verfolgen wir jetzt den Verlauf der wiederholten Erkrankungen je nach den Altersstufen, so liegt es in der Natur der Sache, dass die Rückfälle die späteren Altersstufen bevorzugen. Es befolgen daher (s. Tabelle der Rückfälle 73 nach Tabelle 31.) die Altersstufen nach dem Maximum der Frequenz der Anfälle hier eine andere Scala, dort 21—25, 26—30, 15—20, dann die späteren in abnehmender Reihenfolge, hier 36—40, 31—35, dann unter Schwankungen ziemlich gleich die übrigen von 21—55. Es tritt dabei jedenfalls wiederum die ausserordentliche Geneigtheit zu erkranken auch hier für die jüngeren Jahrgänge hervor, insofern z. B. der Jahrgang von 21—25, der sich nur aus seinem eigenen und den vorhergehenden Jahrgängen recrutiren kann, ebenso viele Rückfälle zählt, als jeder der Jahrgänge von 41—55, die die Summe aller ersten und rückfälligen Genesungen aller vorhergehenden Altersstufen vor sich haben. Das Verhältniss der 1. Erkrankungen und Rückfälle ergiebt sich aus folgenden Curven:



Lebens-
alter. 0-14. 15-20. 21-25. 26-30. 31-35. 36-40. 41-45. 46-50. 51-55. 56-60. 61-65.

Es ist daraus zugleich ersichtlich, wie bei unterschiedsloser Zusammenstellung der ersten und wiederholten Anfälle die früheren Jahrgänge in ihrer Frequenz herabgedrückt, die späteren gehoben werden.

Stellt man jetzt die Geschlechter nach dem Verlaufe der Rückfälle auf den einzelnen Altersstufen zusammen,

Tab. 73.

	Rückfälle.				
	M.		Fr.		S.
0—14	0,54		1,2		0,84
15—20	4,3	13,4	4,7	17,5	4,4
21—25	8,6		11,6		10,1
26—30	11,3		9,9		10,6
31—35	15,1	44,7	13,4	39,0	14,2
36—40	18,3		15,7		17
41—45	9,7		14		11,7
46 - 50	9,7		6,4		8,1
51—55	11,3	41,5	9,9	43,1	10,6
56 - 60	8,1		7		7,5
61— 0	2,7		5,8		4,5

so ergiebt sich viel Schwankendes. Es tritt jedoch mit Bestimmtheit hervor, dass bis zum 25. Jahre die Frauen entschieden prävaliren, was also an das gleiche Verhalten bei den Heilungen erinnert, hingegen dem Gesetz der 1. Erkrankungen entgegensteht. Es stimmt ferner mit dem Gesetz für die 1. Erkrankungen überein, dass die Curve der Frauen sich mehr in breiteren gleichmässigen Dimensionen bewegt und nicht die Höhe erreicht, wie bei den Männern. Es besteht ferner mit den 1. Erkrankungen die Analogie, dass mit Ausnahme der eben bezeichneten Altersstufen die Frauen in

den jüngeren Jahrgängen bis zum 40. Jahre etwas zurückstehen, in den späteren prävaliren, doch ist dieser Gegensatz nicht so ausgesprochen, und könnte man ihn für die letztbezeichnete Stufe vielleicht einen künstlichen nennen. Dieselben Eigenthümlichkeiten der Rückfälle. sowohl bezüglich des Verlaufs im Allgemeinen auf den einzelnen Altersstufen, als auch bezüglich der Geschlechter, diese mehr ausgesprochen, zeigt die Tabelle

Tab. 74. (nach Tab. 44.).

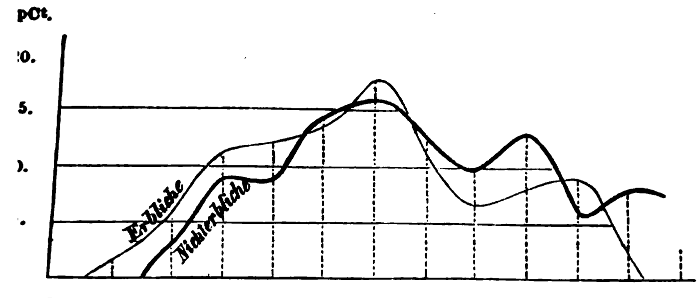
	Lebensalter der Rückfälle je nach der Aufnahme in die Anstalt.										
	Ledig.		Verheirathet.		Summa.			Procente.			
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	S.			M.	Fr.
15—20	13	6	—	—	13	6	19	8	—25	15,4	19,5
21—25	11	9	—	1	11	10	21	8,8	26—45	53,8	42,7
26—30	13	3	2	2	15	5	20	8,4	46—0	30,8	37,8
31—35	16	2	6	3	22	5	27	11,3			
36—40	12	7	12	10	24	17	41	17,2			
41—45	5	5	18	3	23	8	31	13,0			
46—50	6	2	11	8	17	10	27	11,3			
51—55	5	—	12	7	17	7	24	10,1			
56—60	2	2	10	7	12	9	21	8,8			
61—65	—	—	1	4	1	4	5	über 60 J. 2,9			
66—70	—	—	1	1	1	1	2				
Summa	83	36	73	46	156	82	238				

welche die Rückfälle nach den Registern der Anstalt aufgenommen, enthält. Stellen wir jetzt die Rückfälle nach den Erblichen und Nichterblichen zusammen (Tabelle 74a.), so sind die Verschiedenheiten bedeutend und erfolgen durchaus im Sinne der 1. Anfälle.

Tab. 74a.

	Procent-Verhältnisse der Rückfälle auf den einzelnen Altersstufen je nach Erblichen	und Nichterblichen.		
	S.	M.	Fr.	S.
0—14	1,6	—	—	—
15—20	5,6	3,5	2,6	3,1
21—25	11,2	4,7	13	8,6
26—30	12,2	9,4	7,8	8,6
31—35	13,8	17,4	11,7	14,6
36—40	17,9	17,4	14,3	16,0
41—45	11,2	9,4	15,6	12,3
46—50	6,6	10,6	9,1	9,9
51—55	8,7	16,5	9,1	13
56—60	9,2	5,9	5,2	5,6
61—70	2	3	9,1	8
über 71	—	1,2	2,6	—

In den jüngeren Jahren überwiegen die Erblichen, in den späteren die Nichterblichen. (Siehe nachstehende Curven.)



Bezüglich der Heilungen und der Todesfälle der 1. Erkrankungen überwiegt in Hinsicht des Verlaufs auf den einzelnen Altersstufen der Unterschied zwischen den Geschlechtern sehr über den zwischen Erblichen und Nichterblichen. Die Rückfälle dagegen liessen sich, indem der Unterschied zwischen den Geschlechtern sehr zurücktritt, entgegen dem Unterschied zwischen Erb-

lichen und Nichterblichen, den 1. Anfällen an, wo ebenfalls der Unterschied zwischen Erblichen und Nichterblichen grösser war, als der zwischen den Geschlechtern.

Geht man weiter auf den Unterschied ein, so zeigt sich z. B. (Tabelle 74a.) bei den Geschlechtern der Nichterblichen theilweise der oben hervorgehobene Gegensatz.

Heilungen der Rückfälle.

Nach den Acten der Anstalt ergiebt sich, dass von der Gesammtsumme der Rückfälle

M. 159	Fr. 83	Sa. 242	geheilt sind:
86	50	136	
= 54,1	60,2	56,2	Procent.

Die entsprechenden Werthe für die Heilungen überhaupt waren:

M. 33,5 Fr. 31,8 Sa. 32,8

so dass also die wiederholten Anfälle einen bedeutend grösseren Satz von Heilungen liefern, und speciell das weibliche Geschlecht überragt.

Nach der allgemcmeinen Tabelle gestalten sich die entsprechenden Werthe:

	M.	Fr.	Sa.
Gesammtzahl	211	190	401
Geheilt	107	99	206
=	50,7	52,1	51,4
Sie waren hier für die 1. Anfälle	35,8	38,1	36,7

Es ist dabei zu bemerken, dass die Periodischen, die dort die Summe der Heilungen mit ihren wiederholten Anfällen vermehren, hier als rückfällig und nicht wieder geheilt aufgeführt sind, wodurch sich wohl der niedrigere Procent-Satz erklärt. Es zeigt sich auch hier das weibliche Geschlecht überwiegend.

Die Weise, wie die verschiedenen Rückfälle sich an den Heilungen betheiligen, ersieht man aus folgender Zusammenstellung:

Ister Rückfall:	2ter	3ter	4ter	5ter
M. . . . 47,4	62,5	77,8	66,7	50
Fr. . . . 45,8	75	100	75	100
S. . . . 46,6	68,7	86,7	71,4	66,7

Die Heilungen von den 1. Rückfällen sind deswegen verhältnissmässig niedrig, weil unter ihnen die Periodischen als Rückfällige und nicht Geheilte untergebracht sind. Im Uebrigen zeigt sich eine Zeitlang eine zunehmende grössere Heilung der Rückfälle und fast stets ein Ueberwiegen der Frauen. In der Retreat

(*Julius*, S. 295) betrug das Genesungsverhältniss der Rückfälle 60,5 pCt. (M. 44,2, Fr. 69,7), in Leubus für 30 Jahre (*Jung*, Ztschrft. XXI. S. 647) 51,9 pCt. (M. 53,8, Fr. 49), während für die 1. Anfälle 41 pCt. (M. 40,8, Fr. 41,1). Wie in mancher Hinsicht ist auch hier für Leubus das Geschlechtsverhältniss nicht mit dem sonst beobachteten übereinstimmend. Die Angaben von *Stewart* (Journ. of ment. sc.), welche allerdings nicht ganz frei von Zweifel sind, beziehen sich, den obigen Daten von Marsberg entsprechend, auf die Zahl der Rückfälle. Sie heissen:

	Genesungs-Procent.	Sterblichkeits-Procent.
1. Anfall	28,04	26,04
2. „	47,01	19,4
3. „	47,6	26,2
öfterer Anfall	60,46	9,8.

Es findet sich bezüglich der Genesungen sowohl die Uebereinstimmung mit Marsberg, dass die 1. Anfälle weniger Genesungen stellen, als die folgenden, als auch dieselben mit der Zahl der Anfälle zunehmen. Bezüglich der Sterblichkeit, in Betreff welcher wir, mit Rücksicht auf später Beizubringendes, nicht auszuführen brauchen, dass wir diese Berechnung nicht für correct halten, findet sich derselbe Gegensatz zwischen 1. und wiederholten Anfällen, wie für Marsberg. Es betrug nämlich nach Tab. 31., berechnet nach den Aufnahmen, die Sterblichkeit der 1. Anfälle 25,7 pCt., der wiederholten Anfälle 16 pCt.

Die Verschiedenheit der Heilungen, je nach den Erblichen und Nichterblichen, ergiebt sich aus folgender Zusammenstellung:

A. Anstaltsacten:

Erbliche.

Gesammtzahl.	Geheilt.
M. 91, F. 50, Sa. 141.	M. 53, F. 33, Sa. 86.
	= 58,2 66 61,9

Nichterbliche.

Gesammtzahl.	Geheilt.
M. 57, F. 31, Sa. 88.	M. 29, F. 17, Sa. 46.
	= 50,9 54,8 52,3

B. Allgemeine Tabelle:

Erbliche.

Gesammtzahl.	Geheilt.
M. 115, F. 106, Sa. 221.	M. 59, F. 60, Sa. 119.
	= 51,3 56,6 53,8

Nichterbliche.

Gesammtzahl.	Geheilt.
M. 96, F. 84, Sa. 180.	M. 48, F. 39, Sa. 87.
	= 50 46,4 48,3

Aus beiden Tabellen ergiebt sich nun ein Ueberwiegen der

Erblichen, meist auch ein Ueberwiegen der Frauen. Bei den Nichterblichen tritt schon bei den Anstaltsacten nur ein mässiges Ueberwiegen, aus der allgemeinen Tabelle sogar ein Zurückstehen der Frauen hervor. Bei *Jung* finden sich für Leubus (l. c. 647) folgende Angaben:

	Erbliche.			Nichterbliche.		
Rückfälle	M. 46,	F. 46,	Sa. 87.	M. 97,	F. 55,	Sa. 152.
Geheilt	24,	23,	47.	53,	24,	77.
	= 52,2	56,1	54.	= 54,6	43,6	50,7.

Die Nichterblichen stehen hier auch zurück, bezüglich der Geschlechter zeigen sich den unseren entsprechende Verschiedenheiten.

Will man nach allem Ausgeführten sich einmal ganz klar darüber machen, mit welchem Gewicht der einmal überstandene Anfall von Geisteskrankheit als Prädisposition für den folgenden wirkt, so lässt sich darüber folgende Erwägung anstellen:

Wenn man wissen will, wie gross die Anzahl der in einem Lande jährlich an Geistesstörung Erkrankenden ist, so giebt die Anzahl der in demselben gezählten Irren, selbst wenn das Resultat darüber ein ganz genaues wäre, an und für sich keinen Aufschluss. Das Resultat der ermittelten Irrenzählung ist jedenfalls *ein bedeutend grösseres*, und zwar um so viel grösser, als die durchschnittliche Dauer des Irreseins, vom Beginne der Erkrankung bis zum Ende derselben, mag diese die Heilung, oder das Lebensende sein, Jahre beträgt. Es wäre dies Verhältniss ganz genau, wenn die Erkrankungen und die Ausscheidungen aus den Erkrankungen ganz gleichmässig, ferner die Fälle mit derselben Dauer immer in demselben Verhältniss vertreten wären. Es verhält sich damit genau so, wie man bei gegebener Zahl der Bevölkerung, bei bekannter mittlerer Lebensdauer, wenn die Bevölkerung je nach den Altersstufen eine ganz gleichmässige wäre, Geburten und Sterbefälle der einzelnen Altersstufen ganz gleichmässig erfolgten, die Zahl der jährlich erfolgenden Geburten durch den Quotienten aus der Jahreszahl der mittleren Lebensdauer in die Bevölkerungszahl bestimmen könnte.

Wir können uns bezüglich der durchschnittlichen Krankheitsdauer sämmtlicher Geisteskranken auf das S. 466 Gesagte beziehen, wonach bis auf Weiteres anzunehmen ist, dass sie ca. 9 Jahre beträgt. Nimmt man demnach auf 1,000 Einwohner 1 Geisteskranken, so würde dies an jährlich Erkrankten 1 : 9,000 Einwohner bedingen, und da hier fast nur die über-14jährigen in Betracht kommen, 1 : 6,000. Will man die genesenen Geisteskranken so

wenig wie möglich benachtheiligen, und in der Bevölkerung 1 Geisteskranken auf 500 annehmen, so würde dies noch immer 1 jährliche Erkrankung auf 3,000 Einwohner bedingen. Dies würde z. B. auf die Provinz Westfalen an jährlichen Erkrankungen über 500 bedingen, während die Anzahl der jährlich Eingelieferten, mit Einschluss der Epileptischen und Idioten und nach nicht erfolgter Heilung wieder Aufgenommenen bis Ende 1864 nie 144 überstiegen hat. Wenn demnach *Martini* (l. c. 1867) meint, dass die Zahl der jährlich in Schlesien sich ereignenden Fälle von Geisteskrankheit die Zahl von 300 beinahe erreiche, während jene Provinz mehr als die doppelte Zahl von Einwohnern hat, als Westfalen, so bleibt dies sehr unter unserer Schätzung, selbst bei der obigen Annahme der Hälfte der Irrenzahl.

Für den Fall nun, dass die von einem 1. Anfall von Geistesstörung Genesenen nicht mehr zu einem 2. prädisponirt wären, als der bisher gesunde Theil der Bevölkerung, so würde unter ihnen die jährliche Erkrankung in dem Verhältniss von 1 : 3,000 oder $^1/_{30}$ pCt. erfolgen müssen. Nach unseren obigen Ausführungen beträgt der durchschnittliche Zwischenraum bis zur nächsten Erkrankung höchstens 4 Jahre, so dass bis dahin $^4/_{30}$ pCt. = $\frac{1}{7}$ bis $\frac{1}{8}$ pCt. erkranken müsste. Statt dessen erkranken aber 40, so dass also die in Frage Stehenden 40 × 7,5 = 300 Mal mehr zu einem wiederholten Anfall prädisponirt sind, als die bisher gesunde Bevölkerung.

Nimmt man die Zahl der Rückfälle, welche die Anstalt geliefert hat, als maassgebend, so würde die Prädisposition noch 24 × 7,5 = 180 Mal so stark sein.

Man könnte sagen, dass es weniger, oder doch nicht allein der überstandene Anfall von Geisteskrankheit sei, der diese hohe Prädisposition herbeiführe, sondern die ursprüngliche Prädisposition, die das Individuum einmal der Geisteskrankheit zugeführt habe, bleibe ihm auch nach erfolgter Heilung. Es ändert dies nichts daran, dass das Individuum, wie es nach überstandenem Anfall vorliegt, dem Verhängniss eines 2ten Anfalls durchschnittlich mit 300 Mal stärkerer Gewalt zugetrieben wird, als durchschnittlich eines von der bisher gesunden Bevölkerung.

Nach dieser selben Berechnung würde nach Verlauf eines Jahres die durchschnittliche Disposition zur Geisteskrankheit noch 17 × 7,5 = 127, nach 2 Jahren 13 × 7,5 = 97, nach Verlauf von 10 Jahren noch 2,6 × 7,5 = 19,5 Mal so gross sein, als durchschnittlich bei der gesunden Bevölkerung.

Will man weiter den Grad der Prädisposition berechnen, den

ein überstandener 1ster, 2ter etc. Anfall für weitere Erkrankung schafft, so hat man sich an das über die durch 1sten, 2ten etc. Rückfall bedingte Prädisposition und die Zwischenräume bis zur wiederholten Erkrankung Gesagte zu halten.

Da nun nach diesen Ausführungen für wiederholte Rückfälle sowohl deren Zahl grösser als auch die Zeit des Zwischenraums bis zur wiederholten Erkrankung kürzer ist, so ist nach wiederholten Rückfällen die Prädisposition für weitere Erkrankung also grösser, als für die 1. Rückfälle.

Sterblichkeit*).

Die meist in Deutschen Anstalts-Berichten auftretende Methode der Berechnung der Todesfälle nach den Entlassungen oder Aufnahmen hat keinen Werth. Zum Beweise setzen wir zunächst nach Tabelle 1., nach der Summa der Abgänge berechnet, die Procente für einige Jahrgänge hierhin, und zur Beurtheilung ihres Werthes dieselben Jahrgänge, die Procente nach den durchschnittlichen Beständen berechnet, welches, wie sofort gezeigt werden wird, die eigentlich Auskunft gebende Methode ist.

	Nach den Abgängen.	Nach dem durchschnittlichen Bestand.
1839	39 pCt.	15,7
1840	39,7 -	14,1
1842	52 -	11,1
1858	42 -	8,8
1859	47,4 -	8,6

Eine Vergleichung der 1. Colonne mit der 2. lehrt, wie wenig die Berechnung nach den Abgängen Auskunft über die Unglücksjahre zu geben im Stande ist.

---

*) Der grösste Theil der jetzt folgenden Zusammenstellungen und Berechnungen, ferner Tab. 63., sowie noch eine Reihe kleinerer Arbeiten, sind von dem Secretair des hies. Büreaus, Herrn *Siebers*, ausgeführt. Da dies von Wichtigkeit für die Ergebnisse ist, so hebe ich seine *Zuverlässigkeit* und die Treue und Hingebung, mit der er die Arbeiten ausgeführt hat, hervor. Mannigfach ausgeführte Controle hat ausserdem die Zuverlässigkeit der Resultate im Allgemeinen bestätigt.

Um das ausserordentlich Schwankende und Unvergleichbare nach den Aufnahmen zu zeigen, lassen wir diese Berechnung von einer Reihe von Anstalten folgen:

	Männer.	Frauen.	Summa.
Leubus 1830—59 (Anst.-Ber. 1860, S. 24)	—	—	15,3
Halle (Ztschft. XXII. S. 219)	32	18,9	26,6
Siegburg (1860—61. Bericht)	7,8	7,9	7,9
dito (1862—63. Bericht)	7,1	6,5	6,8
Marsberg 1814—64	28,3	31,1	29,8
Thonberg (Anst.-Bericht)	17,3	9,8	14
Irsee (Bericht 1858, 9 J.)	20,7	13,0	17,4
Colney Hatch 1831—53 (Ztschft. XII. S. 86)	45,6	35,8	40,8

Der Unterschied der niedrigsten Ziffer zur höchsten verhält sich hier wie 1 : 6, und doch wird man Nichts aus diesem Verhältniss folgern dürfen. Wir werden nämlich eine Tabelle beibringen, dass von allen Todesfällen, welche bei uns erfolgt sind, nur 15,57 im ersten Jahre der Krankheit und bis zum Ende des 2ten auch nur 29,4 erfolgt sind. In den Anstalten daher, wo die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Fälle nur 9 Monate und weniger beträgt, und wo daher der ausserordentlich überwiegende Theil der Fälle eine unterjährige Aufenthaltsdauer haben muss, kann natürlich nicht die Zahl von Todesfällen von Anstalten erfolgen, welche eine 3jährige durchschnittliche Aufenthaltsdauer haben und welche einen grossen Theil der Ungeheilten bis zum Lebensende verpflegen.

Es muss daher eine Methode in Betracht gezogen werden, welche die Zeit des Aufenthaltes in der Anstalt in Rechnung zieht. Dies Verhältniss ist in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer gegeben. Wenn dieselbe z. B. 100 beträgt, so lässt sich eben so gut sagen, dass 100 Personen jedes Jahr verpflegt sind. Das Moment der Frische des Krankheitsfalles oder des Gegentheils davon, ist damit allerdings nicht gegeben und muss besonders berechnet werden. Ueber die Ermittelung des durchschnittlichen Bestandes war früher die Rede bei Besprechung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer.

In

Tab. 75.

Sterblichkeit.	Männer.	Frauen.	Summa.
1836	0,118	0,068	0,100
1837	0,115	0,058	0,091
1838	0,077	0,129	0,101
1839	0,114	0,213	0,157
1840	0,168	0,099	0,141
1841	0,104	0,088	0,097
1842	0,082	0,151	0,111
1843	0,066	0,103	0,082
1844	0,116	0,120	0,118
1845	0,097	0,076	0,088
1846	0,102	0,111	0,106
1847	0,132	0,055	0,098
1848	0,126	0,152	0,139
1849	0,095	0,148	0,119
1850	0,071	0,086	0,078
1851	0,140	0,136	0,138
1852	0,085	0,152	0,113
1853	0,084	0,089	0,086
1854	0,124	0,082	0,106
1855	0,159	0,127	0,147
1856	0,104	0,116	0,109
1857	0,075	0,050	0,065
1858	0,085	0,092	0,088
1859	0,099	0,066	0,086
1860	0,057	0,070	0,064
1861	0,059	0,063	0,061
1862	0,058	0,060	0,058
1863	0,091	0,065	0,081
1864	0,100	0,098	0,099
Summa	0,097	0,099	0,098

ist nun die Sterblichkeit nach dem durchschnittlichen Bestande von 1836 an für die einzelnen Jahre berechnet worden. Sie betrug während des ganzen Zeitraums nahe 10 Procent und war, was hier dem Ueblichen zuwider, speciell zu bemerken, bei den Frauen etwas grösser (Männer 9,7, Frauen 9,9 pCt.). Die einzelnen Unglücksjahre treten sofort hervor. Es ergiebt sich dann, dass sie in keinem Falle in etwaiger Ueberfüllung ihren Grund haben können, da meist vor- und nachher Jahre mit einem stärkeren durchschnittlichen Bestande fallen. Es ist von Wichtigkeit, in Ermangelung des Vergleichs mit näher stehenden Bezirken einen solchen anzustellen mit grossen und allgemeinen. Wir benutzen dazu zunächst die Sterblichkeit der einzelnen Jahrgänge des Preussischen Staats, und zwar die von *Engel* gelieferten Nachweise für die Summe der „todten Jahre" der einzelnen Jahrgänge (Statistische Zeitschrift I. S. 347), welche er als ein äusserst empfindliches und charakteristisches Maass der Sterblichkeit bezeichnet. Wir bemerken, dass unsere Zusammenstellungen nicht ganz exact sind, da man zugleich auf die Zunahme der Bevölkerung in den einzelnen Zeiträumen Rücksicht nehmen müsste, doch sind sie so für unseren Zweck ausreichend. Ferner ziehen wir zu vorliegendem Zweck heran die Angaben über die Sterblichkeit der Preussischen Armee von *Engel* von 1846—63 (Statistische Zeitschrft. V. S. 234). Sie sind durch Ermittelung der Sterblichkeits-Ziffer ausgeführt. Wir lassen denn für die 10- resp. 5- und 4jährigen Zeiträume die einzelnen Jahrgänge mit der grössten und mit der geringsten Sterblichkeit stufenweise folgen:

Jahrgänge mit grosser Sterblichkeit.			Jahrgänge mit geringer Sterblichkeit		
Preussische			Preussische		
Staat.	Armee.	Marsberg.	Staat.	Armee.	Marsberg.
		1836—1840.			
1837		1839	1836		1837
1840		1840.			1836
		1841—1850.			
1848	1848	1848	1841	1850	1850
1847	1849	1849	1844	1847	1843 (47*)
1849		1844	1850		1841
		1851—1860.			
1855	1852	1855	1860	1860	1860
1852	1855	1851	1859	1859	1859
			1851	1854	1853
		1861—1864.			
				1862**)	1862
				1861	1861
				1863	1863

Es ergiebt sich dann eine ausserordentliche Uebereinstimmung mit den Resultaten des Preussischen Staa's, namentlich vom Jahre 1841 an, und in noch höherem Grade mit denen der Armee. Von 1841—50 ist es sowohl für die Armee als auch für Marsberg charakteristisch, dass ihre hohe Sterblichkeit erst mit 1848, die des Staats dagegen schon mit 1847 beginnt. Es scheinen also die nachtheiligen Einflüsse des Jahres 1847 längere Zeit bedurft zu haben, um sich in der Armee und Marsberg, beide fast ausschliesslich aus Erwachsenen bestehend, Einfluss zu verschaffen. Das Gegentheil findet von 1851—60 statt. Der Staat und das Heer zeigen eine hohe Ziffer für 1852, Marsberg für 1851. Auffallend, namentlich für das Heer und Marsberg, ist die hohe Uebereinstimmung der Jahrgänge mit geringer Sterblichkeit. Bezüglich der geringen Sterblichkeit von 1851—60 mag bemerkt werden, dass beim Heer das Jahr 1854 mit geringer Sterblichkeit 2 Jahre hinter dem Jahre 1852

*) Diese Zahl gilt für die blosse Berücksichtigung der Zeit von 1846—50, für welche beim Militair allein die Sterblichkeits-Ziffer vorliegt.

**) Beim Militair nur von 1861—63.

mit grosser Sterblichkeit folgt. Ebenso verhalten sich für Marsberg das Jahr 1853 und 1851, so dass beidemal 2 Jahre erforderlich waren, die Disposition zur grösseren Sterblichkeit zu erschöpfen. Bezüglich der Jahre 1848 und 1855 sind es die Theuerungsverhältnisse gewesen, welche also in Marsberg bei den von aussen Eingebrachten ihre Nachwirkung noch entfalten konnten. Besonders zu bemerken sind noch die beiderseits niedrigen Ziffern und der gleichmässige Gang für Marsberg und das Heer von 1861 bis 1863 (für den Staat fehlen diese Nachrichten). *Engel* bemerkt zu seinen Zahlen (l. c. V. S. 234): Im angefangenen Jahrzehnt haben wir das Maximum noch zu erwarten, indem wir uns offenbar allmählig von dem Minimum entfernen. Für Marsberg ist zu bemerken, dass nachdem vom Jahre 1857 an der Tod milde, theilweise sehr milde aufgetreten war, er vom Jahre 1864 an sich zerstörender zeigte, um im Jahre 1865 eine sehr reiche Ernte zu halten und sich den früher zurückgelassenen Tribut zu holen.

Aus diesem Ausgeführten ergiebt sich wiederum, wie nothwendig es ist, sich aus seiner concreten und localen Begrenzung zu den Maximen und Resultaten der allgemeinen Wissenschaften zu erheben, deren Detailausführung die eigene Disciplin je nach den neu in ihr auftretenden Thatsachen im Grunde genommen enthält.

Wir haben des Vergleichs halber in Folgendem noch die Sterblichkeit von Halle von 1844—63 nach Allgem. psych. Zeitschr. Bd. XI. S. 477 und

Sterblichkeit in der Anstalt zu Halle von 1844—1863.

Jahrgang.	Sterblichkeits-Ziffer	Jahrgang.	Sterblichkeits-Ziffer.	Jahrgang.	Sterblichkeits-Ziffer.	Jahrgänge mit grosser Sterblichkeit.	Jahrgänge mit geringer Sterblichkeit.
		1851	0,117	1861	0,068	1844—1850.	
		1852	0,105	1862	0,086	1845	1846
		1853	0,127	1863	0,057	1847	1850
1844	(0,187)	1854	0,112			1848	1849
1845	0,149	1855	0,089			1851—1860.	
1846	0,104	1856	0,069			1853	1860
1847	0,149	1857	0,068			1851	1856
1848	0,147	1858	0,079			1854	1858
1849	0,120	1859	0,084				
1850	0,104	1860	0,068				

Bd. XXII. S. 219 berechnet. Es weicht die Sterblichkeit überhaupt von Halle während jenes Zeitraums von der von Marsberg nicht viel ab. Sie beträgt 0,092 (Marsberg von 1836—64 0,098). Dagegen ist das Geschlechtsverhältniss ein verschiedenes zu Ungunsten der M. in Halle. Ein Vergleich vorstehender Tabelle mit Tab. 75. lehrt weiter die Uebereinstimmung, dass die Sterblichkeit im Allgemeinen in der neuen Zeit gegen früher abgenommen hat. Ein Vergleich der 2. Abtheilung der vorstehenden Tabelle giebt ferner zu folgenden Bemerkungen Anlass: Das Jahr 1844 kann nicht in Betracht kommen, da es nur 2 Monate umfasst, auch die Berechtigung der Sterbeziffer von 1845 zum Vergleich ist zweifelhaft, wegen des geringen Bestandes und des kurzen Bestehens der Anstalt. Bei den übrig bleibenden Jahrgängen ist bezüglich derer mit grosser Sterblichkeit daher die Uebereinstimmung mit den früheren Zusammenstellungen ersichtlich. Beim Vergleich mit Marsberg ergiebt sich namentlich, dass die grössere Sterblichkeit ein Jahr früher eintritt. Bezüglich der Jahrgänge mit geringer Sterblichkeit würde das Jahr 1850, welches jetzt schon mit die geringste Ziffer zeigt, noch mehr hervortreten, wenn nicht die Cholera die Sterblichkeit hier erhöht hätte. Das Jahr 1849 würde, dem Obigen entsprechend, besonders deswegen zu der niedrigen Ziffer berechtigt sein, weil es den beiden Unglücksjahren folgt. Was das folgende Decennium betrifft, so sind mehrfach die hohen und niedrigen Ziffern bei Marsberg und Halle entweder übereinstimmend, oder die von Halle gehen 1 Jahr vorher.

Es ergiebt sich daher, wenn auch einzelne Besonderheiten nicht ausgeschlossen sind, der Einfluss der Sterblichkeit der Bevölkerung im Allgemeinen, dem beide Anstalten, räumlich so getrennt, unterworfen sind.

Wir lassen, nach derselben Methode berechnet, eine Reihe von Sterblichkeits-Ziffern über Geisteskranke, meist in Anstalten, folgen. Jene ungeheueren Schwankungen, wie die Berechnung nach den Aufnahmen und Entlassungen, bietet diese Tabelle nicht mehr dar. Alle Data sind, wenn man die sonstigen Verhältnisse (Hygieine, Qualität der Aufgenommenen nach Antecedentien und Form der Krankheit) in Anschlag bringt, vollkommen vergleichbar. Bei Sonnenstein tritt als Grund der zunehmenden Sterblichkeit unter Anderem die zunehmende Zahl der Paralytiker auf. Es ist klar, dass solche Heil-Anstalten, welche dergleichen nicht aufnehmen, oder die Eingelieferten zum grössten Theil bald wieder entfernen, günstiger bezüglich der Sterblichkeit gestellt sein müssen. In dem Edinburger Stadt-Armenhaus, welches als Beispiel der Armen-

häuser des Edinburger Districts steht, tritt die hohe Sterblichkeit hervor.

	M.	Fr.	S.
Colditz 1863 (Ztschrft. XXI. S. 315)	8,95	6,25	8,86
Sonnenstein (Ztschrft. XXI. S. 337) 1838—42 .	9,8	8,14	9,18
1858—62 .	14,67	11,66	13,5
(Allmählig von der 1. Ziffer zur letzten ansteigend, theilweise die Frauen überwiegend. Zahl der Paralytiker 16,63 pCt. der Aufnahmen.)			
Belgische Irrenanstalten 1853 (Ztschrft. XIII. S. 147)	—	—	10,7
Belgische Irrenanstalten 1853—60 (7. Bericht der perm. Comm. d'insp. S. 15, die Gesammt-Zahl berechnet nach der Zahl zu Anfang jedes Jahres)	—	—	11,1
Gheel 1855—59 (Ztschrft. XVIII. S. 675, nicht genau)	—	—	8,2
Schwedische Anstalten 1861 (Ztschrft. XXI. S. 153)	—	—	7,1
Englische Anstalten 1854—58 (Ztschrft. XX. S. 281)	13,25	8,96	10,97
Colney Hatch 1831—53 (Ztschrft. XII. S. 87) (schwankt zwischen 5,30 und 23,18 pCt.) .	—	—	9,22
Retreat 1796—1840 (*Julius* S. 300).	5,58	4,05	4,70
Edinburger Stadt-Armenhaus 1861 (Ztschrft. XXI. S. 458)	37	11	18,6
Irländische Anstalten 1863 (Corr. Blatt 1865, S. 329)	—	—	7,26
Reihe von englischen, schottischen, irischen und amerikanischen Anstalten (nach *Thurnam*, Ztschrft. III. S. 710)	—	—	13,88 — 7,52
Schottische Anstalten 1858—62 (Ztschrft. XXII. S. 136)	10,12	8,10	9,05

Zugleich wird die Ungunst der hygieinischen Verhältnisse hervorgehoben, der Mangel an hinreichender Abwechselung in der Nahrung, wenn dieselbe auch in hinreichender Fülle gereicht werde. Ferner die Mängel der Wohnung, der Reinlichkeit, der Ventilation, der Wärme, des Aufenthalts in freier Luft, das unpassende Dienstpersonal. Dem entsprechend geht die Häufigkeit der Lungentuber-

culose einher. Auffallend ist die niedrige Zahl der Retreat. Wenn man auch berücksichtigt, dass hier Keiner aus Mangel an Raum entfernt wurde, dass daher gelindere Formen wahrscheinlich überwiegend waren, ferner dass die Aufenthaltsfrist nach der Genesung eine sehr verlängerte, periodische mit langen Zwischenräumen, oder solche, bei denen man Rückfälle fürchtete, sehr lange in der Anstalt zurückgehalten würden, dass also eine Reihe Gesunder den Bestand mit ausmachten, so ist jene Ziffer doch ausserordentlich niedrig. Man ist gezwungen, auf eine von früher her wohlhabende, in ihren Ernährungsverhältnissen nicht reducirte Bevölkerung und auf die vortheilhaften hygieinischen Verhältnisse, Nahrung etc. in der Anstalt zu recurriren. Es dürfte dies jedenfalls ein Hinweis darauf sein, dass sich die Sterblichkeit durch scrupulöse Regelung der hygieinischen Verhältnisse, Nahrhaftigkeit und Abwechselung der Nahrung, Ventilation, Wärme etc. nicht unbedeutend vermindern lässt. — Die Schwedischen Anstalten liefern eine geringe Sterblichkeit. Hierbei ist Folgendes zu bemerken: Es wird später nachgewiesen werden, dass die Sterblichkeit in der ersten Zeit der Krankheit grösser und nachher geringer ist. Ebenso ist die Sterblichkeit der Idioten eine geringere. Wenn daher dort (Ztschrft. Bd. XXI. S. 150) nur 50 Procent unter-1jährige in die Anstalt kamen (bei uns über 60 Procent), dort 14 Procent Idioten verpflegt worden (in Marsberg Ende 1865 3,6 Procent), die Paralyse dort selten ist, indem in allen Hospitälern nur 6 Paralytiker waren (noch nicht ½ Procent, in Marsberg von 1861—64 5—6 Procent der Aufnahmen), so ist dort nothwendig eine geringere Sterblichkeit gegeben.

Das Verständniss der Sterblichkeit der gesunden Bevölkerung beginnt mit der Kenntniss der Sterblichkeit auf den einzelnen Altersstufen. Es ist daher festzusetzen, wie sich in dieser Hinsicht die Geisteskranken verhalten. Zu dieser Ermittelung sind zwei Data erforderlich, eine genaue Feststellung des Lebensalters der Gestorbenen und des Lebensalters der Lebenden für den durchschnittlichen Bestand, beiderseits von 1836—64, da für den letzteren überhaupt genaue Nachweisungen über jenen Zeitpunkt zurück fehlen.

Die Tabelle 76. giebt Auskunft über das Lebensalter der Gestorbenen zur Zeit des Todes während jenes Zeitraums und Tabelle 77. enthält zur leichteren Uebersicht die Procent-Berechnung.

Tab. 76.

Altersklassen.	Gestorbene nach den Alterklassen.								
	Erbliche.			Nichterbliche.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
0—14	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15—20	3	—	3	11	3	14	14	3	17
21—25	12	3	15	26	16	42	38	19	57
26—30	17	7	24	48	30	78	65	37	102
31—35	18	15	33	40	27	67	58	42	100
36—40	22	17	39	57	35	92	79	52	131
41—45	22	16	38	43	32	75	65	48	113
46—50	20	10	30	42	38	80	62	48	110
51—55	9	12	21	26	33	59	35	45	80
56—60	9	9	18	34	23	57	43	32	75
61—65	11	8	19	26	31	57	37	39	76
66—70	8	7	15	17	12	29	25	19	44
über 70	3	2	5	6	9	15	9	11	20
Summa	154	106	260	376	289	665	530	395	925

Tab. 77.

	Gestorbene nach dem Lebensalter. Procent-Berechnung.									Gestorbene in der Bevölkerung (*Engel*, Ztschrft. II. S. 56). 1816-60.	
	Erbliche.			Nichterbliche.			Summa				
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.
0—14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5—20	1,95	—	1,15	2,93	1,04	2,11	2,64	0,76	1,82	2,55	2,57
1—25	7,79	2,83	5,77	6,91	5,54	6,32	7,17	4,81	6,16	3,07	2,56
6—30	11,04	6,60	9,23	12,77	10,38	11,73	12,26	9,37	11,03	2,65	2,93
1—35	11,69	14,15	12,69	10,64	9,34	10,08	10,94	10,63	10,81	2,59	3,15
6—40	14,29	16,04	15,00	15,16	12,11	13,83	14,91	13,16	14,16	2,82	3,31
1—45	14,29	15,09	14,62	11,44	11,07	11,28	12,26	12,15	12,22	3,20	3,33
5—45	61,05	54,71	58,46	59,85	49,48	55,35	60,18	50,88	56,20	16,88	17,85
6—50	12,99	9,43	11,54	11,17	13,15	12,03	11,70	12,15	11,89	3,43	3,21
									(S. 68,09)		
1—55	5,84	11,32	8,08	6,91	11,42	8,87	6,60	11,39	8,65	3,83	3,69
6—60	5,84	8,49	6,92	9,04	7,96	8,57	8,11	8,10	8,11	4,04	4,09
1—65	7,14	7,55	7,30	6,91	10,73	8,57	6,98	9,87	8,22	4,73	5,28
6—70	5,19	6,60	5,77	4,52	4,15	4,36	4,72	4,81	4,76	4,46	5,04
ber 70	1,95	1,89	1,92	1,60	3,12	2,26	1,70	2,78	2,16	10,67	12,19
						Sa.	39,81	49,10		31,16	33,50
6—0									Sa.	48,04	51,35

Es stellt sich hiernach heraus, dass das Maximum der Todesfälle auf 36—40 Jahre fällt, und schliessen sich die beiden folgenden Jahrfünfte unmittelbar an. Die beiden letzten Colonnen der Tab. 77. enthalten zur Vergleichung die Todesfälle der ganzen Bevölkerung der entsprechenden Altersstufen vom Preussischen Staate von 1816—60 (nach *Engel's* Zeitschrft. 2. Jahrgang, S. 156). An eine unmittelbare Vergleichung der einzelnen Altersstufen ist natürlich nicht zu denken, da circa die Hälfte aller Todesfälle der Bevölkerung vor dem 15. Jahre erfolgt sind, wo die Geisteskranken noch gar keine Todesfälle gestellt haben. Bemerkenswerth ist aber sofort, dass, während von den über-14jährigen Todesfällen die Bevölkerung bis zum 45. Jahre nur ⅓ stellt, von den Geisteskranken die Männer 60,18, die Frauen 50,88 pCt. aller Gestorbenen liefern. Dies Ueberwiegen der Männer auf den früheren Altersstufen und der Frauen in den späteren zeigt sich ebenso regelmässig bei den Nichterblichen, weniger entschieden, doch immer erkennbar, bei den Erblichen, wie aus den dortigen Zahlen bis zum 45. Jahre überall zu erkennen ist. Bezüglich der Summa der Erblichen und Nichterblichen macht sich ein ähnlicher Gegensatz geltend, so dass erstere für die früheren Zeiträume überwiegen. Nur bis zum 30. Jahre findet eine Ausnahme statt. Ueber die Gründe aller dieser Verschiedenheiten wird später die Rede sein.

Zu demselben Resultate kommt nach *Jung* (Ztschrft. Bd. XXIII. S. 230) *Stewart*, indem er die Todesfälle für Erbliche von Crichton-institut mit den Todesfällen überhaupt von *Thurnam* zusammenstellt. Es stürbe darnach die Mehrzahl der erblichen Fälle zwischen dem 30. und 60. Jahre, die der nichterblichen zwischen dem 40. und 70. Jahre. Derartige Gegenüberstellungen von Gegensätzen aus verschiedenen Anstalten dürften doch nicht zulässig sein, da die Verhältnisse verschiedener Anstalten nach Späterem sehr wechseln, z. B. jene Tabelle der erblichen Todesfälle von *Stewart*, allerdings nur auf kleiner Zahl beruhend, derart ist, dass z. B. jüngere Altersstufen weniger und ältere mehr ausgefüllt sind, als für Marsberg die Tabelle der Nichterblichen.

Die Altersstufen der Lebenden für den durchschnittlichen Bestand sind schwerer zu ermitteln. Wir haben, soweit unsere Materialien reichten, zu 4 verschiedenen Zeiten, nämlich für den 1. April 1857, 1. Januar 1859, 1. Juli 1862, 1. Juli 1863, das Lebensalter der in der Anstalt Vorhandenen genau festgestellt und aus diesen Daten eine Gesammt-Tabelle construirt, welche die zufälligen Abweichungen jeder einzelnen offenbar in viel geringerem Maasse darbieten muss. Der leichteren Anfertigung halber sind

hier auch die Epileptischen und Idioten, ebenso wie bei der vorigen Tabelle, mit veranschlagt, und die mit unbekannter Erblichkeit zu den Nichterblichen gerechnet werden. Bezüglich jener Einzel-Tabellen ist zu bemerken, dass die zeitlich zunächst stehenden weniger von einander abweichen, als die entfernteren. Zur Beurtheilung der Grösse der Abweichungen lassen wir die erste und letzte Tabelle in Tabelle 78. folgen.

Tab. 78.

	Bestand nach den Altersstufen.					
	Summa pro 1857.			Summa pro 1863.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
0—14	—	—	—	—	—	—
15—20	1,25	—	0,75	1,40	1,09	1,28
21—25	7,92	9,94	8,73	6,67	4,34	5,76
26—30	14,58	8,70	12,22	11,58	8,68	10,45
31—35	16,25	11,80	14,46	15,79	13,05	14,71
36—40	16,83	16,15	15,96	15,09	13,59	14,50
41—45	15,00	12,42	13,97	16,14	17,98	16,84
46—50	11,66	14,91	12,97	14,39	11,41	13,22
51—55	7,92	8,70	8,23	7,72	15,76	10,87
56—60	6,25	10,56	7,98	5,26	6,52	5,76
61—65	2,50	2,48	2,47	4,57	5,98	5,12
66—70	0,42	4,35	2,00	1,40	1,63	1,49
über 70	0,42	—	0,25	—	—	—

Die Abweichungen sprechen für sich selbst aus den Zahlen, welche sie anzeigen. Ob nun in der Gesammt-Tabelle, für welche Tabelle 79. die Procent-Berechnungen enthält, alle Abweichungen von dem, was für 1836—64 als der Durchschnitt zu betrachten ist, ausgeschlossen sind, muss dahin gestellt bleiben. Da es sich jedoch vor der Hand nur um Feststellung hinlänglich markirter Züge in grossen Umrissen handelt, so wird jene Tabelle 79. als Maassstab der Vertheilung der Lebenden auf die einzelnen Altersstufen vollkommen ausreichen.

Tab. 79.

	Alter der Lebenden von 1857—63. Procent-Berechnung.								
	Erbliche.			Nichterbliche.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
0—14	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15—20	1,94	1,90	1,93	0,62	—	0,39	1,14	0,86	1,03
21—25	6,55	4,76	5,78	7,38	6,25	6,95	7,05	5,58	6,46
26—30	13,11	9,84	11,69	12,72	11,46	12,24	12,87	10,73	12,01
31—35	16,97	15,24	16,23	15,23	9,12	12,93	15,92	11,87	14,30
36—40	16,26	17,14	16,64	14,91	14,58	14,79	15,44	15,74	15,56
41—45	16,50	14,32	15,54	16,17	13,80	15,28	16,30	14,02	15,39
46—50	11,89	12,70	12,24	14,29	11,20	13,12	13,35	11,87	12,76
Sa.	83,22	75,90	80,05	81,32	66,41	75,70	82,07	70,67	77,51
51—55	6,31	12,38	8,94	7,53	13,80	9,89	7,05	13,16	9,50
56—60	5,58	6,35	5,91	6,75	11,72	8,62	6,29	9,30	7,49
61—65	3,64	2,22	3,03	3,14	7,03	4,60	3,84	4,86	3,95
66—70	0,73	3.17	1,79	1,26	1,04	1,17	1,05	2,00	1,43
über 70	0,49	—	0,28	—	—	—	0,19	—	0,11

Zur Feststellung der Eigenthümlichkeiten dieser Tabelle 79. muss im Allgemeinen das bei der Tabelle der Todten Gesagte wiederholt werden. Nur ist hier der Gang regelmässiger. Die Scheidegrenze liegt meist später, beginnt mit dem 51. Jahre. Die Männer überwiegen wieder auf den früheren Stufen die Frauen, die Erblichen über die Nichterblichen, letzteres wieder mit Ausnahme des Alters von 21—30 Jahren. Ueber die Gründe wird später die Rede sein.

Man könnte nun beim Fortschreiten in der Rechnung den durchschnittlichen jährlichen Bestand, der sich aus der letzten Colonne der Tabelle 1. ergiebt, im Verhältniss der Tabelle 79. auf die einzelnen Altersstufen und auf die Erblichen und Nichterblichen vertheilen, und damit den jährlichen Durchschnitt der Todesfälle in Beziehung bringen. Wir ziehen es jedoch der erleichterten Rechnung halber vor, gleich die Summen in Bezie-

hung zu setzen, sowohl des Bestandes, als der Todesfälle, da dies zu demselben Resultate führen muss. Der nach Tabelle 79. berechnete Bestand ist in

Tab. 80.

	Bestand von 1836—64 nach den Altersstufen.								
	Erbliche.			Nichterbliche.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
0—14	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15—20	42,25	33,80	76,05	21,13	—	21,13	63,38	33,80	97,18
21—25	142,60	84,50	227,10	248,23	135,20	383,43	390,83	219,70	610,53
26—30	285,20	174,63	459,83	427,80	247,87	675,67	712,97	422,50	1135,47
31—35	369,70	270,40	640,10	512,30	197,17	709,47	882,00	467,56	1349,56
36—40	353,85	304,20	658,05	501,73	315,47	817,20	855,59	619,66	1475,25
41—45	359,14	253,50	612,64	543,99	298,57	842,56	903,12	552,06	1455,18
46—50	258,79	225,33	484,12	480,61	242,23	722,84	739,40	467,56	1206,96
51—55	137,32	219,70	357,02	253,51	298,57	552,08	390,81	518,26	909,07
56—60	121,47	112,67	234,14	227,10	253,50	480,60	348,57	366,16	714,73
61—65	79,22	39,43	118,65	105,63	152,10	257,73	184,85	191,53	376,38
66—70	15,84	56,33	72,17	42,25	22,53	64,78	58,10	78,87	136,97
über 70	10,56	—	10,56	—	—	—	10,56	—	10,56
Summa	2175,94	1774,50	3950,44	3364,26	2163,20	5527,46	5540,20	3937,70	9477,90

enthalten, der Quotient der einzelnen Positionen aus Tabelle 80. in die betreffende Tabelle 76., also der Lebenden in die Todten, in Tabelle 81., welche also die Sterbenswahrscheinlichkeit der einzelnen Altersstufen der Geisteskranken enthält.

Tab. 31.

	Sterbenswahrscheinlichkeit auf den einzelnen Altersstufen.										Mortalitäts-	
	Erbliche.			Nichterbliche.			Verhältniss.	Summa.			Tafel für Belgien 1856.	Verhältniss.
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	S.	M.	Fr.	S.		
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7 = 6/3	8.	9.	10.	11.	12 = 10/11
0—14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15—20	0,0710	—	0,0394	0,5205	—	0,6621	1,9	0,2209	0,0888	0,1749	0,0088	19,8
21—25	0,0842	0,0355	0,0661	0,1047	0,1109	0,1095	1,7	0,0972	0,0865	0,0934	0,0102	9,2
26—30	0,0596	0,0401	0,0522	0,1122	0,1210	0,1154	2,2	0,0910	0,0875	0,0897	0,0103	8,6
31—35	0,0487	0,0555	0,0515	0,0781	0,1370	0,0944	1,8	0,0658	0,0898	0,0741	0,0108	6,9
36—40	0,0622	0,0559	0,0593	0,1136	0,1109	0,1126	1,9	0,0923	0,0836	0,0888	0,0122	7,3
41—45	0,0613	0,0631	0,0620	0,0790	0,1072	0,0890	1,4	0,0720	0,0869	0,0777	0,0143	5,4
46—50	0,0773	0,0443	0,0620	0,0874	0,1569	0,1107	1,8	0,0839	0,1027	0,0911	0,0156	5,8
51—55	0,0655	0,0547	0,0588	0,1026	0,1105	0,1069	1,8	0,0896	0,0868	0,0880	0,0215	4,1
56—60	0,0741	0,0799	0,0769	0,1497	0,0907	0,1207	1,2	0,1234	0,0874	0,1041	0,0286	3,6
61—65	0,1308	0,2029	0,1601	0,2461	0,2031	0,2212	1,3	0,2002	0,2036	0,2019	0,0417	4,8
66—70	0,5177	0,1243	0,2078	0,4024	0,5822	0,4475	2,2	0,4303	0,2409	0,3212	0,0565	5,7
71—75	0,2841	—	0,4735	—	—	—	—	0,8522	—	—	0,0917	—
Im Durchschnitt 40,88	0,0708	0,0597	0,0658	0,1118	0,1336	0,1203	1,8	0,0957	0,1003	0,0987	(41) 0,0141	7,0

Des Vergleichs halber haben wir die Sterbenswahrscheinlichkeit der betreffenden Altersstufen der gesunden Bevölkerung aus der Mortalitäts-Tafel für Belgien 1856 von *Quetelet* (*Oesterlen*, Handbuch S. 135), welche in ihren Angaben der mittleren Lebensdauer der einzelnen Altersstufen den Angaben von *Engel* für Westfalen in dem obigen Aufsatze am nächsten kommt, in der vorletzten Colonne hinzugefügt, und zwar die des mittleren Jahres unserer Altersstufen, also des 23., 28. etc. Jahres. Die letzte Colonne stellt den Quotienten dar aus der vorletzten Colonne in die drittletzte, ist also das Maass für die Vermehrung der Sterbenswahrscheinlichkeit auf den einzelnen Altersstufen gegen die gesunde Bevölkerung.

Es ergiebt sich nun aus dieser letzten Colonne mit den höheren Altersstufen eine zunehmende Abnahme der Sterblichkeit gegen die gesunde Bevölkerung. Gerade in den jüngsten Altersklassen ist das Uebergewicht der Sterblichkeit der Geisteskranken über die geistig Gesunden am grössten. Wenn man auch die sehr grosse Ziffer auf der Altersstufe vom 15—20. Jahre wegen der zufällig geringen Zahl der Lebenden dieser Altersstufe, wie ein Vergleich derselben in Tabelle 76. und 80. lehrt, für übertrieben halten darf, so tritt die fast stetige Abnahme des Maasses auffallend genug hervor. Nur die Altersstufe 36—40 und 46—50 zeigt wieder eine Erhöhung desselben. Eine weitere Erhöhung, also eine vergrösserte Sterblichkeit beginnt dann vom 61. Jahre ab, doch erreicht sie die frühere Höhe bei Weitem nicht. Aus der letzten Zeile dieser Colonne ergiebt sich, mit Rücksicht darauf, dass das durchschnittliche Alter des ganzen Bestandes 40,88 Jahre (dasselbe betrug unter den viel günstigeren Verhältnissen der Retreat von 1796—1840 [*Julius* S. 280] 48,9 Jahre, im Yorkschen Grafschafts-Irrenhause von 1814—40 auch noch 47,6, beiderseits für die Frauen etwas mehr) war, eine 7malige Erhöhung der Sterblichkeit gegen die gesunde Bevölkerung dieser Altersstufe.

Betrachtet man die Sterbenswahrscheinlichkeit der Geisteskranken in der letzten Colonne für sich, so würde sich ergeben, dass eine so regelmässige stufenweise Zunahme, wie sie die folgende Colonne der gesunden Bevölkerung zeigt, nicht stattfindet. Es zeigen im Gegentheil frühe Altersstufen ein nicht unbedeutendes Plus gegen später folgende. Erst von 60 Jahren beginnt eine bedeutende Zunahme der Sterblichkeit, wie sie auch bei der gesunden Bevölkerung von da an viel bedeutender ist.

Eine Vergleichung der Geschlechter ergiebt, dass bis zum 30. Jahre ohne Ausnahme, und vom 51. Jahre ab fast ohne Aus-

nahme die Männer überwiegen, vom 31. bis 50. Jahre hingegen überwiegen fast stets die Frauen. Worin hat diese letztere Erscheinung ihren Grund? *Oesterlen* (Handbuch S. 178) bemerkt bezüglich der Sterblichkeit der Geschlechter, dass in den ersten Lebensjahren die Sterblichkeit des männlichen Geschlechts überwiegt, der Pubertät zu überwiegt die weibliche fast durch's ganze Mannesalter, doch mit Wechsel und Unterbrechungen. Vom 45. Jahre, noch stärker vom 55. ab, überwiegt die männliche bis an's Ende des Lebens. In der dort befindlichen *Baumhauer*'s Mortalitäts-Tabelle der Niederlande überwiegt in Betreff der hier interessirenden Jahre die weibliche Sterblichkeit vom 30. bis 40. Jahre, sonst stets die männliche. Wir könnten also von diesem Gesichtspunkte nur einen Theil der Erscheinungen vielleicht erklären. Es mag, da dies zum Verständniss hier erforderlich ist, vorweg bemerkt werden, dass hier zur Beurtheilung der Sterblichkeit die Altersstufen für sich nicht so maassgebend und werthvoll sind, wie für die gesunde Bevölkerung, dass noch ein anderes mächtiges Moment implicirend hinzukommt, ohne dessen Verständniss die Erscheinungen unaufgelöst bleiben, und das in den Altersstufen nicht seinen Ausdruck findet, das ist die Krankheitsdauer. Es wird nun später sich zeigen, dass in den früheren Zeiträumen der Krankheitsdauer die weibliche Sterblichkeit vor der männlichen zurücksteht, in den späteren sie überwiegt. Auf den früheren Altersstufen, wo in höherem Maasse die früheren Krankheitsdauern zur Geltung kommen, überwiegen daher die Männer, dann, sobald die späteren Krankheitsdauern in höherem Grade einwirken, die Frauen so lange, bis die überhaupt gesteigerte Sterblichkeit der Männer den Ausgleich wieder herbeiführt. Aus dem letzten Umstand (dem Verhältniss der Krankheitsdauer) erklärt sich dann das Resultat der untersten Zeile, wonach die Sterblichkeit der Frauen in etwas überwiegt. Dies weicht von dem meist Berichteten ab. Zum Theil mag die verhältnissmässig geringe Zahl von Paralytischen in Westfalen in Betracht kommen, zum Theil kommt für eine Anzahl von Anstalten gewiss der schnellere Wechsel, dann der kürzere Zeitraum des Bestehens, Beides in Betreff der obigen Beziehung der Krankheitsdauer in Erwägung.

Derselbe Typus des Verlaufs der Geschlechter gegen einander lässt sich nun auch bei den Nichterblichen und Erblichen erkennen, obgleich die Umstände theilweise sich geändert haben. Bei den Nichterblichen tritt in der grössten Mehrzahl aller Altersstufen ein Ueberwiegen der Frauen ein, in jener Periode von 31 bis 50 ist es aber viel bedeutender als in den anderen. Erst vom

56. Jahre ab stellt sich ein Uebergewicht des männlichen Geschlechts heraus, bis zur letzten Stufe, wo vielleicht aus Zufall das Entgegengesetzte eintritt. In der letzten Zeile ergiebt sich dann für die Nichterblichen ein grösseres Uebergewicht des weiblichen Geschlechts.

Für die Erblichen gilt im Ganzen das Gegentheil, ein grösseres Zurückstehen der Sterblichkeit der Frauen. Anfangs überwiegen die Männer bedeutend, vom 31. Jahre überwiegen die Frauen theilweise etwas, vom 46. Jahre bekommen hier die Männer wieder das Uebergewicht. Vom 56. Jahre findet jedoch bei den Erblichen von der Regel die Abweichung statt, dass die Frauen überwiegen, mit Ausnahme der letzten Stufe. Aus der letzten Zeile ergiebt sich, dem bisher Angeführten entgegen, ein Uebergewicht der Männer.

Vergleicht man die Summa der Erblichen mit der Summa der Nichterblichen, so findet sich ein constantes und bedeutendes Uebergewicht der Nichterblichen über die Erblichen.

Der Quotient aus der Zahl der Erblichen in die der Nichterblichen, welcher also anzeigt, in welchem Maass die Sterblichkeit der Erblichen von der der Nichterblichen in derselben Altersstufe übertroffen wird, ist beigefügt. Es ergiebt sich dann sowohl aus der ursprünglichen als aus der Verhältnisszahl der jüngsten Altersstufen, dass in der Periode, die man als die Zeit der Pubertätsentwickelung betrachten könnte, keine vermehrte Sterblichkeit der Erblichen stattfindet, was z. B. *Morel* gegenüber zu betonen ist. Aus den Verhältnisszahlen ergiebt sich, dass mit Ausnahme der allerletzten Altersstufe vom 41. Jahre ab die Sterblichkeit der Erblichen durchschnittlich weniger von der der Nichterblichen übertroffen wird, als auf den früheren Altersstufen.

Aus der letzten Zeile ergiebt sich das ausserordentliche Uebergewicht der Sterblichkeit im Ganzen der Nichterblichen über die Erblichen.

In folgenden Daten, die wir von *Jung* (Ztschrft. XXIII. S. 230) entlehnen, ist die Berechnung der Gestorbenen zu den Aufgenommenen angestellt:

	Erblich.	Nichterblich.
Stewart	20,6.	22,8.
Jung	11,48.	12,93.
Hood	8,98.	5,26.

Bezüglich der Abweichung von *Hood* ist zu bemerken, dass sie nur auf zufälligen Verhältnissen beruhen kann. Da er näm-

lich bezüglich der Genesungen, wie früher mitgetheilt, einen so bedeutenden Ueberschuss für die Erblichen ergiebt, so muss die Zahl derer. die bis zu ihrem Tode ungeheilt bleiben, geringer sein. Der Werth dieser Berechnung überhaupt bedarf nach dem Früheren keiner weiteren Bemerkung.

In Folgendem bringen wir 3 Tabellen über die Sterblichkeit der Geisteskranken auf den einzelnen Altersstufen aus der Literatur, von denen die erste aus der Ztschrft. Bd. XX. S 281, die 2. aus *Thurnam*'s Statistik (*Julius* S. 300), die 3. ibid. (S. 322) entlehnt ist. Da die letzteren 10jährige Altersstufen enthalten, so haben wir des Vergleichs halber bei uns das arithmetische Mittel der betreffenden 5jährigen Perioden hinzugesetzt, was für unseren Zweck ausreicht. Woher übrigens bei diesen 3 Tabellen die Kenntniss der durchschnittlichen Vertheilung der Lebenden auf den einzelnen Altersstufen gewonnen ist, findet sich nicht angegeben, namentlich für die englischen dürfte man sich sehr nach den Beweismitteln umsehen.

Zur Kritik der 1. Tabelle ist zunächst zu bemerken, dass bei der, wie früher erwähnt, sehr grossen Zahl von in Anstalten Verpflegten ein viel grösserer Theil dort aus den Fällen mit längerer Krankheitsdauer und milderen Formen bestehen muss. Wenn daher schon bei uns eine Störung des Verhältnisses der Sterblichkeit durch die Geisteskrankheit dadurch herbeigeführt wird, dass auf den einzelnen Altersstufen die Fälle mit kürzerer und längerer Krankheitsdauer sich mischen und dass so die jüngeren Altersstufen in höherem Grade die Fälle mit kürzerer Krankheitsdauer enthalten, so sind die Verhältnisse für die englischen Anstalten insofern anders als alle und auch speciell schon die jüngeren Altersstufen, in höherem Grade Fälle mit längerer Krankheitsdauer und namentlich letztere die mit noch geringerer Sterblichkeit behafteten Idioten enthalten. Es tritt dadurch eine, der normalen Sterbenswahrscheinlichkeit entsprechende, allmählige Zunahme mit den höheren Jahren ein. Doch machen sich einige der bei uns hervortretenden Verhältnisse trotz dieser Hindernisse geltend. So tritt das Alter von 21—25 Jahren, namentlich bei den Frauen, wo gewisse gleich zu erwähnende Störungen der Männer fortfallen, durch eine grössere Sterblichkeit vor einer Reihe der folgenden Altersstufen hervor.

	1. Englische Anstalten von 1854—58.			2. Retreat 1796—1840. (*Julius* S. 300.)			3. York'sches Stiftungs-Irrenhaus. (*Julius* S. 322.)			4. Marsberg.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
unter 15	6,91	5,68	6,40									
16—20	8,30	7,57	7,49									
21—25	8,30	8,43	8,36	4,44	2,76	3,60	4,57	4,90	4,76	9,41	8,70	9,25
26—30	8,08	6,55	7,34									
31—35	12,20	7,66	9,97	3,66	2,12	2,82	8,98	3,64	6,78	7,90	8,67	8,14
36—40	13,82	8,22	11,00									
41—45	14,91	7,16	10,76	3,72	3,11	3,35	16,43	3,61	9,35	7,79	9,48	8,44
46—50	14,41	7,48	10,52									
51—55	14,48	7,24	10,29	(6,58) 2,19?	3,20	4,48	6,99	5,75	6,38	10.65	8,71	9,60
56—60	14,28	8,95	11,19									
61—65	17,60	12,22	14,48	6.88	5,97	6,33	7,59	5,97	6,89	31,54	22,24	26,25
66—70	22,41	17,22	19,31									
1. über 70 / 2. 3. 70—80	31,16	25,76	27,86	8,31	8,87	8,60	16,66	5,81	12,06			
2. 3. 80—90	—	—	—	20,66	23,74	22,09	—	30,0	30,0			
Summa	13,25	8,96	10,97	5,58	4,05	4,70	9,49	4,91	7,35			

Eine Tendenz zum Ueberwiegen über benachbarte Altersstufen tritt bei den Frauen von 31-50 Jahren hin und wieder hervor. Eine grössere Steigerung der Sterblichkeit im Ganzen tritt bei den Frauen mit dem 56., eine noch höhere mit dem 61. Jahre hervor. Dagegen ergiebt sich eine bedeutende Abweichung von unseren Zahlen durch das bedeutende Uebergewicht der Sterblichkeit der Männer, und zwar in hohem Grade vom 31. Jahre an. Es ist dies die Altersstufe, wo die *Dement. par.* ihre Opfer fordert, und es dürfte vor der Hand der Umstand der grösseren Vertretung derselben in England und der geringeren bei uns das wahrscheinlich erklärende Moment abgeben. Für die späteren Lebensalter dürfte dann noch zu bemerken sein, dass im Ganzen eine bedeutend gesteigerte Sterblichkeit bei uns eher eintritt, als bei den länger lebenden und besser sich nährenden Engländern.

In Betreff der Tabelle der Retreat können wir uns bezüglich der geringen Sterblichkeit überhaupt, der grösseren Zunahme auf den älteren Altersstufen, des späteren Eintretens der sehr grossen Sterblichkeit in den höchsten Altersstufen auf das eben Gesagte und früher von der Zusammensetzung der Bevölkerung in der Retreat Erwähnte beziehen. Als übereinstimmend mit uns heben wir besonders hervor die grössere Sterblichkeit auf der Altersstufe von 20—30 Jahren, das grössere Steigen derselben auf der Stufe von 51—60, und in höherem Grade von 61 an, ferner, dass das Zurückstehen der Frauen auf der Stufe von 41 — 50 Jahren geringer ist, als vor- und nachher. In Betreff des York'schen Grafschafts-Irrenhauses tritt als offenbar zufällig die ausserordentlich hohe Ziffer für 41 -- 50 Jahre hervor. Im Uebrigen zeigen sowohl Männer als Frauen mehrfach in früheren Jahren eine grössere Sterblichkeit, als in späteren. Auch hier tritt eine hochgradig-gesteigerte viel später, als bei uns ein. Von 50—60 Jahren nähern sich hier die Frauen den Männern mehr.

Aus allem Angeführten dürfte sich ergeben, wie sehr durchscheinend theilweise die unter verschiedenen Umständen zu Grunde liegenden identischen Gesetze sind, wenn sie auch in den zu Tage tretenden Zahlen nicht ihren unmittelbaren Ausdruck finden.

Zu wiederholten Malen trat die Wichtigkeit der Krankheitsdauer zur Beurtheilung der Sterblichkeits-Verhältnisse zu Tage. Es ist deswegen die Nothwendigkeit gegeben, dieselbe einer speciellen Untersuchung bezüglich der Sterblichkeit zu unterwerfen. Dies ist in der (gegenüber befindlichen) Tabelle 82. geschehen.

Es musste zunächst die Krankheitsdauer vor der Aufnahme sämmtlicher Fälle, soweit mit der entsprechenden Sicherheit zu ermitteln, festgestellt werden. Die frühere Tabelle der Krankheitsdauer vor der Aufnahme war hier nicht zu benutzen, einestheils, weil hier die Epileptischen und Idioten, als anderen Verhältnissen der Sterblichkeit unterworfen, keine Berücksichtigung finden durften, und dann, weil überhaupt bei der Feststellung theilweise ein anderer Gesichtspunkt beobachtet werden musste. Bezüglich der Beurtheilung eines Krankheitsfalles, der wahrscheinlichen Heilung etc., rechne ich z. B. die Fälle mit gerade 1jähriger Krankheitsdauer und die, welche eben die Grenze überschritten haben, zu den 0—1Jährigen. Dagegen konnten diese zu den Sterbefällen der 0—1jährigen Fälle keinen Zuschuss liefern. Sie müssen daher bezüglich der Sterblichkeit zu den 1—2jährigen Fällen gerechnet werden. Dies wiederholt sich bei jeder Scheidegrenze. Das weitere Verfahren ist dann folgendes: Von 0—3 Monaten sind keine anderen in Behandlung gewesen, als die während dieser Zeit Zugegangenen. Es sind diese daher gleich der Summe der Behandelten. Die einzelnen Abgänge und die Summe des Abgangs während dieser Zeit folgen weiter in derselben Zeile. Zieht man den Abgang von der Summe der Behandelten ab, so hat man den für die folgende Stufe der Krankheitsdauer bleibenden Rest. Für dieselbe (3—6 Monate) kommen ausser diesem Rest in Behandlung die während 3—6 Monaten Zugegangenen. Die Summe beider enthält die 3. Abtheilung, die Summe der Behandelten. Von dieser Summe wird wieder der Abgang dieser Stufe abgezogen und so der Rest für die folgende Stufe erhalten etc. etc. Bezüglich der Geheilten mag noch erwähnt werden, dass die Zahl nicht genau mit der früher angeführten stimmt. Es mussten nämlich sowohl die vor 1836 Geheilten, als auch sämmtliche Fälle, wegen der Beziehung zu der Gesammtsumme, nach der ursprünglichen Festsetzung der Krankheitsdauer (siehe Capitel der Geheilten) aufgeführt werden. So erhält man in der 3. Abtheilung die Summe aller Fälle, aus welchen während der betreffenden Stufe der Krankheitsdauer Todesfälle erfolgten, und in einer der folgenden die Zahl der Todesfälle der betreffenden Stufe selbst. Die 1. in die 2. dividirt giebt die Sterblichkeit, welche sich in der letzten Abtheilung der Tabelle berechnet findet. In der Tab. 83.

Tab. 83.

	Sterblichkeit je nach der Krankheitsdauer.								
	Summa der Behandelten.			Summa der Gestorbenen.			Procent-Verhältniss.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
— 3 Monate	270	203	473	7	7	14	0,026	0,034	0,030
— 6 -	437	355	792	12	10	22	0,027	0,028	0,028
— 1 Jahr	574	473	1,047	45	23	68	0,078	0,049	0,065
0 — 1 Jahr	668	523	1,191	64	40	104	0,096	0,076	0,087
1 — 2 -	560	433	993	59	31	90	0,105	0,072	0,091
— 3 -	437	343	780	38	35	73	0,087	0,102	0,091
— 5 -	420	322	742	56	45	101	0,133	0,140	0,136
0 — 5 -	1,117	815	1,932	217	151	368	0,194	0,185	0,190
6 — 10 -	252	201	453	82	70	152	0,325	0,343	0,335
— 15 -	239	223	462	36	31	67	0,151	0,139	0,145
— 20 -	196	182	378	20	23	43	0,102	0,126	0,114
über 20 -	83	103	186	29	19	48	0,349	0,184	0,258
Summa	1,351	993	2,344	374	294	668	0,277	0,296	0,285

findet sich dann aus dieser Tabelle die Summe der Behandelten, der Gestorbenen und das Sterblichkeitsverhältniss für die Summe der Erblichen und Nichterblichen zusammengestellt resp. berechnet. Es ist jedoch zur Beurtheilung der Resultate dieser Tabelle noch Einiges zu bemerken. Der oben entwickelten Nothwendigkeit, zur exacten Darstellung der Sterblichkeitsverhältnisse einen durchschnittlichen Bestand zu haben, aus dem die Todesfälle erfolgen, ist für die einzelnen Stufen nicht Genüge geleistet. Diese Mängel würden jedoch den relativen Werth der einzelnen Zahlen nicht beeinträchtigen, wenn diese Mängel auf allen Stufen ganz gleichmässig wären. Dies ist daher zu prüfen. Es bestehen die meisten Positionen der Behandelten aus einem Zuwachs und einem gebliebenen Rest. Während nun der letztere sofort mit der Ueberschreitung der Grenze des Zeitraumes in Behandlung tritt, vertheilt sich der Zuwachs bezüglich seines Inbehandlunggetretens auf den ganzen betreffenden Zeitraum. Bei gleichmässiger Zeitvertheilung würde daher nur die Hälfte des Zuganges, im Vergleich mit dem gebliebenen Rest, im durchschnittlichen Be-

stand sich geltend machen. Da nun für die früheren Zeiträume der Zugang grösser zur Summe der Behandelten ist (nach Tabelle 82.), als in späteren, so wird, wenn man die Summe der Behandelten auf den durchschnittlichen Bestand bringt, nach der Annahme, dass der Zugang ganz gleichmässig erfolgt, und daher der Zuwachs während der Hälfte der betreffenden Zeit sich geltend machen kann, jene Summe für die früheren Zeiträume um ein Erheblicheres reducirt werden, als in den späteren.*)

Am Nachtheiligsten bezüglich der Erzielung der wirklichen Sterblichkeitsziffer sind jedoch die mit 0 anfangenden Positionen gestellt. Während z. B. die am meisten benachtheiligte der genannten Ziffern, die von 3—6 Monat, nur um 22 Procent des Werthes der Behandelten verkürzt wird, wird jede der mit 0 anfangenden bei gleichmässiger Vertheilung sofort um 50 Procent verkürzt. Bei genauer Erwägung ein Theil derselben noch um viel mehr. Denn der Zugang von 0—3 Monat vertheilt sich nicht gleichmässig auf diese Zeit, sondern stammt ausserordentlich überwiegend aus der dem Ende nächsten Hälfte. Dasselbe gilt, wie aus Tabelle 82. hervorgeht, von dem Zeitraume von 0—1 Jahr. Eine weitere Verkleinerung des Bestandes der einzelnen Positionen ergiebt sich aus dem Abgange. Hier findet jedoch ein dem Vorigen entgegengesetztes Verhalten statt.

Verkürzung des	0—3 Monat.	3—6 Monat.	6—12 Monat.	0—1 Jahr.	1—2 Jahr.	2—3 Jahr.	3—5 Jahr.	5—10 Jahr.	10—15 Jahr.	15—20 Jahr.
Zugangs	50	22	17,5	50	16	13	14,5	17	8	5
Abgangs	6	7	18	22	21	16	18	16,5	13	10
Summa	56	29	35,5	72	37	29	32,5	33,5	21	15

Den genaueren Nachweis über den Grad der Verkürzung der Zahl der Behandelten auf den einzelnen Zeiträumen, um einem durchschnittlichen Bestande während derselben zu entsprechen, liefert die vorstehende Zusammenstellung. Die S. aus der Verkürzung des Zu- und Abgangs beträgt für den Zeitraum von 0-3 Monat 56 pCt., von 0—1 Jahr 72 Procent, die übrigen Zeiträume bis zum 10. Jahre weichen jedoch durch diese Vereinigung von Zu- und Abgang wenig ab, das Mittel aus den 6 Angaben ist 33 Procent. Nach dem 10. J. ist die Verkürzung weniger bedeutend. Zieht man

*) Dass die einzelnen Zeiträume von ungleicher Länge sind, hat für diesen Gesichtspunkt keinen Einfluss.

nun die so erhaltene Verkürzung von der Gesammtzahl der betreffenden Krankheitsdauer, also von 100 Procent ab, so behält man denjenigen Antheil, aus dem durchschnittlich Todesfälle erfolgen konnten. Um die einzelnen oben ausgeworfenen Zeiträume mit einander vergleichen zu können, ist daher zunächst die Zurückführung auf ein gleiches Maass des durchschnittlichen Bestandes erforderlich. Nimmt man z. B., da es sich nur um Berechnungen innerhalb nicht all zu enger Grenzen handelt, als durchschnittlichen Bestand bei jenen 6, nicht mit 0 beginnenden Zeiträumen 66 Procent an, so wird sich die Ziffer für den Zeitraum von 0—3 Monaten, da der Bestand 44 Procent beträgt, jenem entsprechend auf 0,045 berechnen. Für die jährliche Ziffer wird daher die Sterblichkeit von 0—3 Monat = 4 × 0,045 = 0,180 betragen. Berechnet man in derselben Weise für alle Zeiträume die jährliche Ziffer für einen durchschnittlichen Bestand von 66 Procent, so ergiebt sich Folgendes:

0—3 Monat.	3—6 Monat.	6—12 Monat.	0—1 Jahr.	1—2 Jahr.	2—3 Jahr.	3—5 Jahr.	5—10 Jahr.	10—15 Jahr.	15—20 Jahr.
0,180	0,112	0,130	0,205	0,091	0,091	0,068	0,067	0,024	0,018

Es zeigt sich dann mit der Länge der Krankheitsdauer eine sehr bedeutende Abnahme der Sterblichkeit. Für den erst und letzt ausgeworfenen Zeitraum beträgt der Unterschied gerade das Zehnfache. Ob die Abweichungen von dieser Regel für die Zeiträume bis zu 1 Jahr wirklich den thatsächlichen Verhältnissen zum Theil entsprechen — was a priori wohl denkbar wäre —, oder nur von der nicht ganz exacten Berechnung herrühren, lässt sich nicht feststellen. Bemerkt mag noch werden, dass die hohe Ziffer nach 20 J. in Tabelle 83. offenbar daher rührt, dass der durchschnittliche Zeitraum der Verpflegung ein grösserer als 5jähriger ist.

Es kommt dann weiter das Sterblichkeitsverhältniss der Geschlechter je nach der Krankheitsdauer. Da dies am meisten in der Tabelle der Nichterblichen hervortritt, so recurriren wir zunächst auf diese in Tabelle 82. Es ergiebt sich dann, dass fast ausnahmslos das männliche Geschlecht bis zum Ende des 2. Jahres bedeutend überwiegt. Von da bis zum Ende des 5. Jahres überwiegen die Männer auch noch, doch nicht so bedeutend und unter Schwankungen. Vom 6. Jahre an überwiegt die Sterblichkeit der Frauen bedeutend bis auf die letzte Altersstufe, wo die

Männer etwas überwiegen. Es ist dabei möglich, dass sich die Männer einer längeren Beobachtungsdauer erfreuen. Die letzte Zeile ergiebt dann ein Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts, wie in der Sterbe-Tabelle nach den Altersstufen. — Die Erblichen schliessen sich nun dem auseinandergesetzten Gange insofern an, als zuerst die Männer bedeutend überwiegen, bis zum Ende des 2. Jahres mit nur einer Ausnahme, dann die Frauen ebenfalls, zum Theil bedeutend bis zum Ende des 5. Jahres, vom 6. Jahre an jedoch wieder die Männer mit nur einer Ausnahme, zum Theil bedeutend bis zum Lebensende, am bedeutendsten auf der letzten Stufe, wo das eben Erwähnte in Anschlag gebracht werden muss. Im Ganzen überwiegen die Männer, ebenso wie bei der Alters-Tabelle. Dieses Ueberwiegen des Erblichkeitsfactors über den Geschlechtsfactor, und dadurch hervorgebrachtes abweichendes Verhalten der erblichen Frauen trat schon wiederholt zuletzt bei der Sterblichkeit nach den Altersstufen hervor. Aus diesen Einzelresultaten setzt sich das Gesammtresultat in Tabelle 83. zusammen. Bis zum Ende des 2. Jahres überwiegen meist die Männer, zum Theil bedeutend. Von da an anhaltend die Frauen mit wechselnder Intensität und kommen einmal die Männer wieder zum Uebergewicht. Auf der letzten Stufe überwiegen dann die Männer wieder bedeutend. Im Ganzen überwiegt, wie in der Alters-Tabelle, das weibliche Geschlecht.

Was das Verhältniss der Summe der Erblichen zur Summe der Nichterblichen in Tabelle 82. betrifft, so überwiegen die Nichterblichen fast stets und zwar in den allerjüngsten Zeiträumen spärlicher, dann bedeutend. Vom 10. Jahre ab ist das Uebergewicht weniger bedeutend oder gar nicht vorhanden. In der Summe überwiegen die Nichterblichen.

Es befindet sich (Zeitschrift II. S. 284) eine Berechnung der Sterblichkeit zur Aufenthaltsdauer in der Anstalt von *Bernhardi*, wo ähnlich uns die Abgänge zur Berechnung der Behandelten der folgenden Stufe der Aufenthaltsdauer in Anrechnung gebracht sind. Wir lassen dieselbe folgen:

	Männer.	Frauen.	Summa.
0 — 3 Monate	9,7	9,6	9,6
4 — 12 -	16,2	7,9	12,4
0 — 1 Jahr	21,7	15,8	19,2
1 — 2 Jahre	13,5	10,3	11,9
— 3 -	14,1	8,6	11,2
— 4 -	7,1	10,3	8,8
— 5 -	9,6	8,2	8,9
— 6 -	5,8	11,0	8,6
— 7 -	11,7	8,8	10,2
— 8	12,8	1,8	6,8
— 9 -	8,1	1,9	4,5
— 10 -	13,8	4,0	7,6

Es fallen hier die durch den Zugang bedingten Unregelmässigkeiten fort. Dagegen ist das Maass der Aufenthaltsdauer zur Bezeichnung der Sterbenswahrscheinlichkeit kein exactes, weil z. B. in der frühesten Aufenthaltsdauer auch Fälle mit sehr langer Krankheitsdauer eingeschlossen sind, von denen oben die verschiedene Sterbenswahrscheinlichkeit nachgewiesen wurde. Doch gehören die Fälle mit früher Aufenthaltsdauer in höherem Grade frischen Fällen an, so dass sich immerhin der Gegensatz im Grossen bemerkbar machen kann. Im Ganzen zeigt sich dann nicht die grosse Regelmässigkeit wie bei uns. Doch tritt zunächst die grössere Sterblichkeit in der früheren Aufenthaltsdauer und eine theilweise abnehmende mit der Zunahme der Aufenthaltsdauer zu Tage. Mannigfache Sprünge und Abweichungen machen sich allerdings bemerkbar. Bezüglich der grossen Sterblichkeit in der ersten Zeit ist noch zu bemerken, dass die oben besprochene Unregelmässigkeit bezüglich des Abgangs hier am meisten erhöhend auf die Sterblichkeit einwirkt, ferner, dass bei der Nähe einer grossen Stadt auf die Einwirkung von Todesfällen an *Delirium tremens* zu denken ist.

Es zeigt sich ferner bezüglich der Geschlechter eine theilweise Uebereinstimmung mit uns, insofern auf der jüngsten Aufenthaltsstufe die Geschlechter sich gleichstehen, von da bis zu Ende des 3. Jahres die Männer, und dann eine Zeit lang die Frauen überwiegen.

Es befinden sich noch bei *G. H. Stewart* (Journal of ment

se. 1865. S. 172) einige zu besprechende Bemerkungen: „Die Zahl der Todesfälle ist geringer bei den bald nach der Krankheit Aufgenommenen, als da, wo letztere schon während längerer Zeiträume bestanden hat.“ — „Mehr als die Hälfte der Fälle, welche nur 1 Monat in der Anstalt bleiben, starben; in denen, welche 6 Monate bleiben, erreicht die Sterblichkeit ihr Minimum, wächst aber im Allgemeinen beim Aufenthalt während längerer Zeiträume.“ Liest man diese Bemerkungen unbefangen und ohne Kritik, so würde man glauben, sie besagten grössten Theils das Gegentheil von unserem eben Nachgewiesenen. Es ist jedoch dabei zu bemerken, dass hier nur von Krankheitsfällen die Rede ist, ohne entsprechende Rücksichtnahme auf die Beobachtungszeit; da z. B. während des ersten Monats der Aufenthaltsdauer verhältnissmässig Wenige die Anstalt als genesen verlassen, so müssen von allen ausgeschiedenen Fällen sehr Viele gestorben sein. Da ferner bis zu 6 monatlicher Aufenthaltsdauer, namentlich unter den früher nachgewiesenen Umständen, sehr viele Genesungen stattfinden, so muss dies, bei Berechnung der Sterblichkeits-Procente der Fälle, letztere sehr herunterdrücken. Da endlich in einer Anstalt namentlich, wo die Nichtgeheilten bis zum Lebensende verpflegt werden, alle Nichtgeheilten bei langer Krankheitsdauer als Gestorbene auftreten, so muss bei solcher speciell noch wegen des geringen Procent-Satzes der Geheilten, das Sterblichkeits-Verhältniss bei obiger Berechnung sehr gross sein. Ebenso erklärt sich die 1. Behauptung. Dies beweist also, wie täuschend und irreführend das Zahlenresultat sein kann, wenn es nicht nach exacter Methode gewonnen und mit Kritik aufgefasst wird.

Man könnte auch daran denken, unsere Tabelle 82. zur Bestimmung der Genesungen je nach der Krankheitsdauer zu benutzen. Hier hat sie jedoch geringen Werth. Für die späteren Termine der Krankheitsdauer ist überhaupt nach dem früher Auseinandergesetzten die Auffassung des Beginnens der Krankheit das Maassgebende. Für die frühere Zeit sind z. B. die von 6 bis 12 Monaten Genesenen entfernt davon, Fälle zu sein, die erst nach 6 Monaten genasen, ebenso sind nicht alle darin enthalten, die vor 12 Monaten genasen. Ein Theil genas vielleicht mit 5 Monaten, blieb zur längeren Beobachtung noch nach 6 Monaten Krankheitsdauer in der Anstalt, ein anderer genas mit 12 Monaten, blieb aber bis zu 1¼jähriger Krankheitsdauer in der Anstalt. Man muss daher bei dieser Berechnung genau den Termin der Genesung nehmen, wie wir es früher gethan.

Nachdem wir den Einfluss der Altersstufen und dann den der

Krankheitsdauer auf die Sterblichkeit nachgewiesen haben, würde das volle Verständniss dadurch herbeigeführt werden, dass man den Einfluss der Krankheitsdauer auf den je einzelnen Altersstufen auf die Sterblichkeit nachwiese. Zur vollständigen Lösung dieser Frage würde gehören, dass man eine solche Tabelle, wie wir sie für die Krankheitsdauer im Ganzen hergestellt haben, für die je einzelnen Altersstufen herstellte, aus der also die Zahl der Behandelten und der Gestorbenen nach den einzelnen Kategorieen zu entnehmen wäre. Eine solche Tabelle würde aber ein sehr grosses Material und eine sehr complicirte Rechnung voraussetzen. Vorläufig muss man sich mit den zu Gebote stehenden Materialien begnügen.

Die Materialien, um zu einer ersten Kenntniss der Absterbeordnung der Bevölkerung zu gelangen, wurden, so lange besseres Material fehlte, ausschliesslich aus den ziemlich leicht zugänglichen und ziemlich zuverlässigen Todtenlisten genommen. Es ist am natürlichsten, dass man es in unserem Falle ebenso mache. Nur muss man sich über die Grenzen einer solchen Berechnung und über die bedeutenden Mängel gegenüber den entsprechenden Verhältnissen der Bevölkerung, von vorn herein im Klaren sein. Bezüglich der Bevölkerung ist es sicher, dass, die bekannten Mängel abgerechnet, sämmtliche Lebende einmal Gestorbene werden, dass man daher, wenn man die Gestorbenen nach allen Richtungen durchforscht hat, man damit auch Auskunft über sämmtliche Lebende bekommt. Ein Theil der Geisteskranken jedoch scheidet aus deren Reihen aus, ohne zu sterben. Wenn man etwa nach Früherem die Zahl der in letzter Instanz geheilt Bleibenden auf 25 Procent annimmt, so würde man also, wenn man auch die Gestorbenen nach allen Beziehungen genau kennte, doch nur über jene 75 Procent bis zu ihrem Tode ungeheilt Bleibenden Auskunft haben. Es liegt ferner auf der Hand, dass ein grosser Theil der Fälle in der Anstalt sein Verbleiben in derselben durch Zustände veranlasst, welche an und für sich eine grössere Lebensgefahr im Gefolge haben.

Endlich liegt in dem Umstande, dass ein Theil der Fälle während der früheren Zeit der Krankheitsdauer in der Anstalt ist, und dann ungeheilt und unheilbar entlassen wird, die Nothwendigkeit, dass sowohl unter den Gestorbenen eine Reihe von Fällen mit kurzer Krankheitsdauer vorhanden sind, während die entsprechenden der späteren fehlen, als sich auch dasselbe bei den Lebenden geltend macht. Allerdings ist die Zahl der nach dem 5. Jahre der Krankheitsdauer nicht geheilt Entlassenen nach Ta-

belle 82. keine verhältnissmässig sehr grosse. Doch reichen diese beiden letzteren Umstände hin, um die Sterblichkeit grösser, und daher die mittlere Lebensdauer für die bis zu ihrem Tode unheilbar Gebliebenen nicht unbedeutend kleiner erscheinen zu lassen, als sie wirklich ist. — Dies sind die Mängel unserer Nachweisungen, die man sich nicht verschweigen darf. Dagegen werden die Unterschiede der Alter, Geschlechter, Erblichkeit, bei für alle diese Kategorieen gleichen Bedingungen, sich hinlänglich geltend machen können.

Die Tab. 84.*) enthält sämmtliche während des Bestehens der Anstalt Verstorbene nach der Altersstufe der Erkrankung und nach der Dauer der Krankheit bis zum Tode. (Es handelt sich bei allen folgenden Angaben um denjenigen Krankheitsanfall, der zum Tode führte.) Sie erstreckt sich über einen verhältnissmässig grossen Zeitraum und ist daher von vielen Zufälligkeiten und Mängeln, die anderen etwaigen Nachweisungen ankleben werden, frei und kann innerhalb der eben bezeichneten Grenzen auf Werth Anspruch machen. — Der Gegenüberstellung halber haben wir auch eine Tabelle der Krankheitsdauer der Lebenden je nach den einzelnen Altersstufen angefertigt, und zwar, um etwaige Zufälligkeiten auszugleichen, von etwas auseinander gelegenen Zeiträumen, nämlich vom 1. April 1857 und vom 1. Juli 1863. Die Summe beider ist in Tabelle 85. (auf Seite 451) enthalten. In beiden Fällen fehlen die mit unbekannter Krankheitsdauer und die Epileptischen und Idioten.

*) s. die folgende Seite.

Tab. 84.

Gestorbene während des Bestandes der Anstalt.

Krankheitsdauer bis zum Tode.

Lebensalter der Erkrankung.		3 Monate.	4-6 Monate.	7-12 Monate.	2 Jahre.	3 Jahre.	4 Jahre.	5 Jahre.	6 Jahre.	7 Jahre.	8 Jahre.	9 Jahre.	10 Jahre.	11-12 Jahre.	13-14 Jahre.	15-16 Jahre.	17-18 Jahre.	19-20 Jahre.	21-22 Jahre.	23-24 Jahre.	25-26 Jahre.	27-28 Jahre.	29-30 Jahre.	[illegible]
0—14	M.	—	—	—	—	1	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—	
	Fr.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	
15—20	M.	—	—	2	2	1	—	1	2	1	4	1	1	3	—	—	1	—	3	—	1	—	—	*
	Fr.	1	—	1	—	1	1	—	2	1	2	1	—	4	1	3	2	—	—	1	—	1	—	**
21—25	M.	—	1	2	5	1	8	3	4	5	1	4	2	7	1	2	1	1	—	1	—	1	—	[illegible]
	Fr.	2	1	2	1	7	4	1	3	4	1	2	4	2	3	4	—	1	1	—	—	—	1	[illegible]
26—30	M.	—	2	3	5	3	7	4	4	3	3	1	4	1	5	2	1	1	2	2	1	2	—	***
	Fr.	—	2	2	1	3	2	—	1	1	3	3	1	1	1	1	2	—	1	—	1	1	1	[illegible]
31—35	M.	—	1	3	8	8	4	2	5	1	2	1	1	—	—	1	3	—	4	1	—	—	—	33
	Fr.	—	1	—	2	2	2	6	—	2	—	2	2	4	2	3	—	—	—	—	—	1	—	30,1
36—40	M.	—	1	8	11	5	3	8	3	4	—	1	1	2	1	—	—	—	1	1	—	—	—	
	Fr.	—	3	2	7	5	4	2	3	3	2	—	1	2	3	3	—	—	2	1	—	—	—	
41—45	M.	2	1	5	10	3	4	1	3	4	—	—	—	2	—	—	2	—	1	—	—	1	1	
	Fr.	2	—	2	3	3	1	2	3	—	2	2	—	2	2	1	—	—	1	—	—	—	—	
46—50	M.	—	1	4	2	10	2	2	1	1	1	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	
	Fr.	1	1	4	6	2	4	3	2	1	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
51—55	M.	—	1	4	6	2	2	1	1	1	1	2	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Fr.	—	1	5	2	3	4	2	1	2	—	1	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	
56—60	M.	3	2	7	5	3	1	—	1	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Fr.	1	1	2	3	3	1	3	1	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
61—65	M.	1	1	4	2	1	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Fr.	—	—	1	4	5	1	—	2	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
66—70	M.	1	1	3	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Fr.	—	—	2	2	1	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
über 70 J.	M.	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	
	Fr.	—	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Summa	S.	14	22	68	90	73	57	44	43	42	25	23	19	35	22	23	14	6	16	7	4	7	3	11
	M.	7	12	45	59	38	32	24	25	23	14	11	9	17	9	6	10	4	11	5	3	4	1	5
	Fr.	7	10	23	31	35	25	20	18	19	11	12	10	18	13	17	4	2	5	2	1	3	2	6

*) 41 J. 4 M. **) 31,4. 39,6. 41,4. ***) 36,7. 45,7.

Tab. 85.

Lebende am 1. April 1857 und am 1. Juli 1863.

Krankheitsdauer der S. der erblichen und nichterblichen Geisteskranken.

Altersklassen.		—3 Monate.	4-6 Monate.	7-12 Monate.	—2 Jahr.	—3 Jahr.	—4 Jahr.	—5 Jahr.	—6 Jahr.	—7 Jahr.	—8 Jahr.	—9 Jahr.	—10 Jahr.	11-12 Jahr.	13-14 Jahr.	15-16 Jahr.	17-18 Jahr.	19-20 Jahr.	über 20 Jahre.
0—14	M.	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	39. 34. 38.
	Fr.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	25.
15—20	M.	1	—	2	1	2	1	3	1	5	1	5	2	2	4	3	1	2	27. 26. 21. 31. 25. 26.
	Fr.	—	—	2	3	1	1	—	4	—	—	3	—	3	2	—	—	—	31. 21. 26. 30.
21—25	M.	4	2	5	14	6	4	4	5	7	4	5	5	6	7	6	5	2	*)
	Fr.	1	—	3	2	3	2	—	2	4	1	3	1	6	3	1	2	3	25. 24. 25. —
26—30	M.	2	1	5	5	5	8	4	3	1	7	3	1	7	7	5	2	3	25. 21. 21. 26. 21.
	Fr.	1	1	2	5	5	2	3	—	2	1	3	1	4	4	3	—	3	39. 37. 44. 34. 23.
31—35	M.	2	2	5	4	5	2	10	4	1	—	4	6	3	2	5	1	1	31. 21. 26. 22. 21.
	Fr.	2	3	7	3	5	1	—	1	7	3	—	—	3	1	1	—	3	24. 24. 29. 24.
36—40	M.	—	—	3	6	9	2	5	6	5	1	—	5	7	2	1	1	—	21. 21. 22.
	Fr.	3	—	4	7	6	3	—	—	4	2	2	—	7	4	—	3	2	22. 28.
41—45	M.	1	1	2	3	—	—	3	1	—	—	1	1	—	3	1	2	—	
	Fr.	1	—	6	2	2	3	2	1	2	3	—	—	—	2	1	—	—	21.
46—50	M.	1	—	1	2	2	—	—	1	—	1	3	—	1	3	—	—	1	
	Fr.	—	2	1	6	5	3	1	2	1	2	2	2	1	1	—	—	—	21.
51—55	M.	—	1	2	3	—	2	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	37.
	Fr.	2	—	1	4	1	1	—	2	3	1	—	—	1	1	—	—	—	
56—60	M.	1	—	3	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Fr.	1	—	2	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
61—65	M.	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Fr.	—	1	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	
66—70	M.	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Fr.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
über 70 J.	M.	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
	Fr.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Summa	S.	23	14	56	75	59	37	38	34	44	27	35	24	51	48	27	18	20	56
	M.	12	7	28	39	31	21	32	21	20	14	22	20	26	29	21	13	9	35
	Fr.	11	7	28	36	28	16	6	13	24	13	13	4	25	19	6	5	11	21

*) 37. 22. 21. 34. 32. 29. 42. 24. 28. 21. 29. 22.

Die Tabelle der Krankheitsdauer der Gestorbenen (Tabelle 84.) zeigt für das Auge zwei sofort hervortretende Ausdehnungen, eine horizontale, welche sich nach der Richtung der längsten Krankheitsdauer ausdehnt. Sie hat ihre Breite vom 15—35. Jahre. Es fällt bei ihr noch auf, dass die längsten Krankheitsdauern vom 21—25. Jahre weniger ausgefüllt sind, als die vor- und nachher gelegenen Altersstufen. Die 2. Ausdehnung ist vertical, verläuft nach der Richtung der höchsten Altersstufen, und erstreckt sich in ihrer Breite bis zur Grenze des 5. Jahres der Krankheitsdauer. Bemerkenswerth ist, dass die geringsten und höchsten Altersklassen an der jüngsten Krankheitsdauer weniger betheiligt sind, dann, dass auch die Altersstufe vom 15—20. Jahre bis zu 2jähriger Krankheitsdauer weniger Gestorbene stellt, als die benachbarten Altersstufen.

Beide Richtungen sind in der Tabelle der Krankheitsdauer der Lebenden ebenfalls vertreten, in höherem Grade als bei den Todten die horizontale. Speciell zu bemerken ist die grössere Ausfüllung der längsten Krankheitsdauern auf der Altersklasse von 21—25 Jahren, so dass sie vor den benachbarten Altersstufen nicht zurücksteht, auch fällt die etwas grössere Breite dieser Richtung auf. Es geht daraus hervor, dass die geringe Ausfüllung in der Todten-Tabelle für die längsten Krankheitsdauern auf der Stufe von 21—25 Jahren von dem Umstande herrührt, dass die Anstalt noch nicht lange genug existirt hat, als dass die Todten hier das Verhältniss der Lebenden wiedergeben können. Wenn dieser lebende Bestand, der jetzt einer sehr langen Krankheitsdauer sich erfreut, gestorben sein wird, so würden jene langen Krankheitsdauern in der Todten-Tabelle mehr ausgefüllt sein. — Die 2te Richtung, die verticale, folgt der bei den Todten, nur ist sie für die höheren Klassen von 56 Jahren an nur andeutungsweise vorhanden, jener Ausfüllung bei den Todten entsprechend. Diese letztere geringe Vertretung bei den Lebenden scheint von der Natur der Tabelle herzurühren, als einen augenblicklichen Zustand wiedergebend, während für die Todten eine Ansammlung aus dem ganzen Zeitraume stattgefunden hat. Es ergiebt sich dann weiter, dass in der Tabelle der Lebenden die kürzesten Krankheitsdauern der jüngsten und höchsten Altersklassen fast gar nicht, die bis 2jährige Krankheitsdauer auf der Stufe von 15—20 Jahren gegenüber den folgenden sehr mangelhaft ausgefüllt ist. Dies erklärt das damit vollständig übereinstimmende Verhalten der Todten, so dass Letzteres augenscheinlich daher rührt, weil keine Lebenden dieser Kategorie vorhanden waren, die aus

Zärtlichkeit, Mangel an Opferfähigkeit etc. zu Hause gehalten werden. Einige weitere Punkte der Vergleichung beider Tabellen werden sich später ergeben.

Einen correcten, sofort übersehbaren Ausdruck für die Sterblichkeit je nach der Krankheitsdauer auf den einzelnen Altersstufen, erhält man, zwar nur im entgegengesetzten Sinne, doch gleichwerthig, durch die mittlere Lebensdauer der auf den einzelnen Altersstufen Erkrankten. Diese giebt also einen Ausdruck für die verschiedene Vitalität je nach den Altersstufen, Geschlecht, Erblichkeit etc. Die Berechnung ist nach Tabelle 84. so ausgeführt, dass jedesmal die Mitte der betreffenden Stufe der Krankheitsdauer genommen wurde. So wurde für die Krankheitsdauer — 3 Monate, 1½ Monat, 4—6 Monat, 4½ Monat, 5 Jahr, 4½ Jahr, 13—14 Jahr, 13 Jahr, für 38 Jahr 37½ Jahr genommen etc. Die gefundenen Werthe der mittleren Lebensdauer, oder eigentlich Lebenserwartung auf den einzelnen Altersstufen sind mit den betreffenden Werthen der geistig gesunden Bevölkerung von Westfalen nach *Engel* (Statistische Zeitschrift 1862 S. 61) in Tabelle 86. zusammengestellt.

Tab. 86.

Verhältniss der mittleren Lebenserwartung der einzelnen Altersstufen der gesunden Bevölkerung (= 1) zu den Geisteskranken, beiderseits nach den Todesfällen.

		Männer.			Frauen.		
		Bevölkerung.	Geisteskranke.	Verhältniss.	Bevölkerung.	Geisteskranke.	Verhältniss.
Mittlere Lebens-	14 —	39,36	10,68	0,271	39,26	13,45	0,343
dauer der Todten	20 —	35,52	7,99	0,225	35,41	8,28	0,234
bei M. : Fr. =	25 —	32,83	9,69	0,295	32,16	10,68	0,332
6,39 : 7,13 = 1 : 1,116.	30 —	29,76	7,19	0,242	29,[illegible]0	8,78	0,302
Nichterbliche : Erb-	35 —	26,50	4,43	0,167	26,19	6,49	0,248
lichen = 1 : 1,235.	40 —	23,26	5,83	0,251	23,40	6,11	0,261
Mittlere Lebens-	45 —	20,19	4,51	0,223	20,55	3,93	0,191
dauer der Lebenden	50 —	17,20	3,89	0,226	17,45	4,72	0,270
bei M. : Fr. =	55 —	14,48	2,34	0,162	14,56	3,17	0,217
1 : 0,894.	60 —	11,79	1,85	0,157	11,72	3,33	0,284
Nichterbliche : Erb-	65 —	9,65	1,25	0,129	9,60	2,70	0,281
lichen = 1 : 1,093.		26,50*)	6,39	0,241	26,19**)	7,13	0,272

*) Im Durchschnitt Männer 36,97. **) im Durchschnitt Frauen 37,87.

Engel's Angaben sind nach den Gestorbenen von 1816—60 berechnet. Dadurch werden seine Werthe etwas grösser, als sie, mit den unseren zusammengestellt, sein sollten. Es bedeutet z. B. seine Angabe für unsere Stufe vom 21—25. Jahre: diejenigen Männer, welche das 20. Jahr überschritten haben, haben noch 35,52 Jahre durchschnittlich zu leben. Es passt also die Zahl eigentlich für das 21. Lebensjahr. Da aber unsere Zugänge sich gleichmässig auf die betreffende Altersstufe vertheilen, so passen sie für das mittlere, also 23. Lebensjahr. Nach *Quetelet* (*Kolb* S. 482) betrug 1856 für Belgien z. B. die mittlere Lebensdauer für das 21. Jahr 35,82; für das 23. Jahr 34,67. Doch ist der Unterschied demnach nicht so bedeutend, und es handelt sich vorderhand nur um Ergebnisse im Grossen. — In der letzten Colonne jeder Abtheilung der Tabelle 86. ist die betreffende Zahl der Bevölkerung dividirt in die der Geisteskranken. Es drückt also diese Zahl den Bruchtheil aus, den die mittlere Lebensdauer der Geisteskranken von der der Bevölkerung derselben Altersstufe ausmacht.

Betrachtet man nun die mittlere Lebensdauer der Geisteskranken an und für sich, so stellt sich bei den Männern mit zunehmenden Lebensjahren eine Abnahme der mittleren Lebensdauer heraus, und zwar eine ziemlich gleichmässige. Eine Ausnahme macht zunächst das Alter von 21—25 Jahren. Es ist dabei zu bemerken, dass aus oben entwickelten Gründen die Altersstufe von 15—20 Jahren eine grössere mittlere Krankheitsdauer zeigt, als dem wirklichen Sachverhältniss entspricht, wegen der zu geringen Anzahl ganz frischer Fälle, dann dass die Stufe von 21—25 Jahren eine geringere zeigt, als dem Sachverhalte entspricht, weil die längsten Krankheitsdauern nicht entsprechend ausgefüllt sind. Es ist deswegen wahrscheinlich, dass in der That namentlich die Altersstufe von 21—25 Jahren nicht hinter der folgenden zurückstehe. Eine weitere Unregelmässigkeit zeigt die Altersstufe von 36—40 Jahren. Hier findet sich jedoch dasselbe, wenn auch in geringerem Grade, in der Tabelle der Lebenden. Bei den Frauen, an und für sich betrachtet, gilt für die früheren Altersstufen dasselbe, wie für die Männer. Eine zweite Unregelmässigkeit zeigt sich auf der Stufe von 46—50 Jahren, die sich jedoch in der Tabelle der Lebenden nicht findet. Im Uebrigen verläuft die Tabelle bieder Geschlechter ziemlich stetig abnehmend bis zum Lebensende. Beim Vergleich beider ergiebt sich dann, dass die Frauen überhaupt das Uebergewicht bezüglich der längeren Lebensdauer haben, und dass mit den höheren Altersstufen dies in vermehrtem

Grade statthat. In der letzten Colonne jeder Abtheilung, in der also mit den Vitalitäts-Verhältnissen der Bevölkerung im Ganzen die der Geisteskranken verglichen zum Ausdruck gelangen, ergiebt sich dann bei den Männern eine, wenn auch etwas schwankende, doch stets fortschreitende Abnahme mit dem höheren Lebensalter. Vom 56. Jahre ist die Abnahme eine viel bedeutendere. Es liefert also diese Berechnung den wichtigen Beweis, dass bei den Geisteskranken die Abnahme der Vitalität mit den höheren Altersstufen nicht allein in den betreffenden Verhältnissen der gesunden Bevölkerung ihre Erklärung findet, sondern dass sie über dieselbe hinausgeht. Bei den Frauen zeigt sich bei dieser Berechnung eine bedeutende Ebbe vom 36—50. Jahre. Nach dieser Zeit erhebt sich ihre mittlere Lebensdauer wieder höher, ohne jedoch die der früheren Jahre zu erreichen. Im Ganzen überragt bei dieser Berechnung mit einer Ausnahme die mittlere Lebensdauer der Frauen die der Männer und zwar mit den höheren Lebensjahren umsomehr. Ebenso in der Summe, bei der sich herausstellt, dass die Lebensdauer der Geisteskranken durchschnittlich circa ¼, bei den Männern etwas weniger, bei den Frauen etwas mehr von der der gesunden Bevölkerung im 36. Jahre ausmacht, indem das durchschnittliche Alter der Erkrankung für die Gestorbenen bei den Männern 36,97, bei den Frauen 37,87 Jahre betrug.

Geht man weiter an die Verschiedenheiten der mittleren Lebensdauer der Geschlechter je nach den Erblichen und Nichterblichen, Tabelle 87., die in derselben Weise, wie Tabelle 86. aus 84., aus einer entsprechenden gearbeitet ist, so findet man bei letzteren die besprochene Regel noch unverkennbar. Auf den jüngeren Altersstufen bis zum 30. Jahre ist das Uebergewicht der Frauen ein geringeres oder nicht vorhanden, von da an viel bedeutender. Die Erblichen machen sich dagegen wiederum durch Unregelmässigkeit bemerkbar. Die Frauen überwiegen bis zum 40. Jahre, von da an die Männer bis zum 60. und von da ab die Frauen bedeutend. Im Ganzen überwiegen beiderseits die Frauen.

Vergleicht man endlich die Summe der Erblichen mit der Summe der Nichterblichen in Tab. 87.,

Tab. 87.

Mittlere Krankheitsdauer der Erblichen zu den Nichterblichen auf den einzelnen Altersstufen nach den Todesfällen.

	Mittlere Krankheitsdauer.						Verhältniss.
	Erbliche.			Nichterbliche.			
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	Summa.
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	3/6.
15—20	9,61	18,05	12,89	11,58	11,69	11,63	1,108
21—25	9,35	10,15	9,71	7,15	7,35	7,25	1,339
26—30	10,47	15,28	11,83	9,15	8,26	8,08	1,464
31—35	8,37	9,29	8,72	6,49	8,52	7,32	1,191
36—40	4,45	6,12	5,19	4,72	6,64	5,46	0,951
41—45	5,00	4,54	4,84	5,83	6,80	6,24	0,726
46—50	7,38	5,27	6,12	3,70	3,29	3,50	1,749
51—55	4,64	2,82	3,73	3,56	5,41	4,56	0,818
56—60	3,95	3,10	3,63	1,57	3,19	2,28	1,592
61- 65	1,44	3,93	3,02	2,03	2,86	2,44	1,238
66—70	1,13	2,58	1,90	1,30	1,81	1,53	1,242
Summa	7,32	8,20	7,68	5,87	6,63	6,22	1,235
Durchschnittsalter der Erkrankung	—	—	36,36	—	—	37,84	—

so überwiegen die Erblichen mit 3 Ausnahmen über die Nichterblichen. Dividirt man die Nichterblichen in die Erblichen, so erhält man die letzte Colonne, in der also die Stufen mit einer grösseren Lebensdauer der Erblichen 1 überschreiten. Es ergiebt sich, dass bis zum 35. und nach dem 56. Lebensjahre das Uebergewicht der Erblichen, in dem Zwischenraum grösstentheils das Entgegengesetzte stattfindet. Im Ganzen leben die Erblichen nach der Erkrankung durchschnittlich 1¼ × so lang. Da die Frauen nach Tabelle 86. die Männer um circa 1⅛ überragen, so ist der Unterschied der Erblichkeit ein grösserer, als der der Geschlechter. Es ist dabei noch zu bemerken, dass hier der Gegensatz der Erblichen und Nichterblichen ein geringerer ist, als nach der Sterblichkeits-Tabelle 84., weil die Zahl der als geheilt und ungeheilt

Entlassenen, welche letztere, als mit milderen Formen behaftet, voraussichtlich eine längere Lebensdauer haben, als die in der Anstalt ungeheilt Verbliebenen, bei den Erblichen grösser ist.

Das Verhältniss der gesammten Lebensdauer der Erblichen zu den Nichterblichen ist zugleich abhängig von dem Alter der Erkrankung. Dadurch werden nach Tabelle 87. die Gegensätze zum Theil oder ganz ausgeglichen. Darnach stellt sich das durchschnittliche Todesalter der Erblichen auf 44,04, der Nichterblichen auf 44,06 Jahre. Dies ist mit Rücksicht auf *Stewart* zu bemerken, (*Erlenm.* Corr. Blatt 65, S. 350) wonach die Mehrzahl der Erblichen zwischen 30—60, der Nichterblichen zwischen 40—70 stirbt. Nach dem eben Entwickelten stellt sich das Verhältniss im Ganzen doch etwas anders, als nach den Anstaltsergebnissen.

Vergleicht man nun die Ergebnisse dieser Untersuchungen über die mittlere Lebensdauer auf den einzelnen Altersstufen, welche gleich ist mit dem Grade der Vitalität, welche also entgegengesetzten Schritt halten muss mit der Sterblichkeit, vorausgesetzt nämlich die gleiche Krankheitsdauer, mit den Ergebnissen der unterschiedslosen Sterblichkeit auf den einzelnen Altersstufen nach Tabelle 81., so ergeben sich nicht unbedeutende Verschiedenheiten. Nach diesen nahm die Sterblichkeit für sich betrachtet eine geraume Zeit mit den höheren Altersstufen nicht zu, sogar theilweise ab; verglichen mit der Sterblichkeit der gesunden Bevölkerung nahm sie bis in die höchsten Altersstufen bedeutend gegen die früheren ab. Hier nach der Tabelle der Vitalität findet sich, wenn man die Zahlen für die verringerte Lebensfähigkeit in den entgegengesetzten Ausdruck übersetzt, an und für sich nicht allein eine stetige und bedeutende vermehrte Sterblichkeit, bis in die höchsten Altersstufen, sondern auch eine erhöhte im Vergleich mit der Bevölkerung. Dort nach Tabelle 81. fand sich die Sterblichkeit der Männer bis zum 30. und nach dem 51. Jahre überwiegend, in der Zwischenzeit meist die der Frauen, diess wiederholte sich bei den Nichterblichen im Wesentlichen und machten die Erblichen einige Unregelmässigkeiten. Hier nimmt das Uebergewicht der Sterblichkeit der Männer fast ohne Ausnahme bis zum Lebensende zu, die Nichterblichen schliessen sich im Wesentlichen an, und die Unregelmässigkeiten der Erblichen stimmen nicht mit jenen überein. In Tabelle 81. war das Uebergewicht der Sterblichkeit der Nichterblichen, entgegen den Erblichen, auf den früheren Altersstufen am bedeutendsten, in der mittleren auch noch bedeutend, und nahm auf der höchsten sehr ab. Hier nach Tabelle 87. ist es früh bis zum 35. und nach dem

56. Jahre bedeutend, und in der mittleren Zeit findet das Gegentheil grösstentheils statt. Es wurde bereits darauf aufmerksam gemacht, dass diese Verschiedenheiten in der Verschiedenheit der Sterblichkeit je nach der Krankheitsdauer ihren Grund haben, dass die älteren Altersklassen in Tabelle 81. grösstentheils aus Fällen mit längerer Krankheitsdauer und geringerer Sterblichkeit bestehen, dass die Frauen anfangs eine geringere und nach bestimmter Zeit eine grössere Sterblichkeit haben, als die Männer, und dass sie deswegen auf den frühesten Altersstufen eine geringere, und dann so lange eine grössere Sterblichkeit darbieten müssen, als die Männer, bis deren überhaupt gesteigerte Sterblichkeit dies wieder einholt. Bezüglich der Erblichen wurde nachgewiesen, dass sie im Ganzen bis zum 10. Jahre der Krankheitsdauer bedeutend unter der Sterblichkeit der Nichterblichen bleiben, nachher weniger bedeutend oder gar nicht, und dass daher, wenn auch die Vitalität der frisch erkrankten Geisteskranken der höchsten Altersklasse der Erblichen grösser ist, als der Nichterblichen, doch durch die längere Krankheitsdauer der früheren Altersstufen ein Gegendruck geübt wird.

Es folgt zunächst in Tabelle 87a. die eigentliche mittlere Lebensdauer der Geisteskranken je nach dem Alter der Erkrankung, gegenüber der bisher öfter sogenannten, welche eigentlich mittlere Lebenserwartung, oder die mittlere Krankheitsdauer bis zum Tode ist. Sie ist so berechnet, dass die letztere Grösse zu dem bereits erreichten Lebensalter hinzugezählt ist. So war die mittlere Lebensdauer für die Männer von 21—25 Jahren = 22,5 + 7,99 = 30,49 Jahre. In der letzten Colonne finden sich die Zahlen nach *Engel* für Westfalen (l. c.) hier berechnet durch Hinzuzählen der zu erwartenden Jahre zu 20 Jahren nach *Früherem*. — Hier sind die Zahlen von *Engel*, verglichen mit den unseren aus naheliegenden Gründen, dem früheren Verhalten entgegen, zu klein.

Tabelle 87 a.

		Summa der Personen.	Durchschnittliche Lebensdauer.	Durchschnittliche Lebensdauer nach *Engel*.
15—20	M.	24	27,68	53,36
	Fr.	25	30,45	53,26
21—25	M.	51	30,49	55,52
	Fr.	45	30,78	55,41
26—30	M.	58	37,19	57,83
	Fr.	29	38,18	57,16
31—35	M.	46	39,71	59,76
	Fr.	30	41,28	59,10
36—40	M.	50	41,93	61,60
	Fr.	43	43,99	61,19
41—45	M.	40	48,33	63,26
	Fr.	26	48,61	63,40
46—50	M.	27	52,1	65,19
	Fr.	28	52,43	65,55
51—55	M.	23	56,39	67,20
	Fr.	26	57,22	67,45
56—60	M.	25	59,84	69,48
	Fr.	18	60,67	69,56
61—65	M.	13	64,35	71,79
	Fr.	16	65,83	71,72
66—70	M.	7	68,75	74,65
	Fr.	7	69,57	74,60
Im Durchschnitt 36,97	M.	374	43,36	61,50
37,87	Fr.	294	45,00	(35) 61,19

Wir lassen, des Vergleichs halber, in

Tab. 88.

Mittlere Krankheitsdauer der Lebenden.

	Erbliche.			Nichterbliche.			Summa.		
	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.	M.	Fr.	S.
15—20	9,76	11,46		10,71	8,21		10,93	9,76	
21—25	10,44	9,58		8,83	9,57		9,43	9,57	9,47
26-30	8,31	12,16		8,57	8,73		8,47	10,46	9,22
31—35	7,81	8,23		7,79	5,26		7,79	7,22	
36—40	5,87	7,55		7,66	7,34		6,81	7,44	
41—45	6,26	2,72		7,51	6,25		6,92	5,18	
46—50	6,14	5,13		7,95	4,98		7,27	5,08	
51—55	18,63	0,44		4,06	4,94		6,49	4,41	
56—60	1,72	0,82		1,67	2,18		1,70	1,69	
61—65	2,50	1,50		4,50	2,79		3,50	2,47	
66—70	4,50	—		—	—		4,50	—	
Summa	8,56	8,34	8,46	8,21	7,00	7,74	8,51	7,62	8,14

die nach Tab. 85. in der obigen Weise construirt ist, die mittlere Lebensdauer der Lebenden folgen. Die Bedenken gegen Tab. 85., als allgemein gültig, kehren hier wieder. Namentlich sind bei den zufällig kleinen Zahlen, vom 56. Jahre an, die Schwankungen so bedeutend, dass von da an jeder Werth aufhört. Bezüglich der Geschlechter ergiebt sich das Umgekehrte, wie in der Tabelle der Todten. Hier überwiegen bezüglich der längeren Lebensdauer die Männer sowohl bei Erblichen, als Nichterblichen, und wird über den Grund noch die Rede sein. Die Erblichen überwiegen die Nichterblichen. Speciell ist noch zu bemerken, dass in der Summe und bei den Männern die Stufe von 21—25 in regelmässiger Folge zur vorangehenden und nachfolgenden steht, dass die Männer von 36—40 Jahren etwas niedriger als die folgende Stufe, dass die Frauen von 46—50 Jahren dagegen in regelmässiger Reihenfolge stehen.

Unter wahrscheinlicher Lebensdauer einer Altersstufe versteht man bekanntlich die Zeit, zu welcher die Hälfte der in dieselbe eingetretenen Personen gestorben sein wird. Da, wie nachgewiesen, die Sterblichkeit in der 1. Zeit der Krankheitsdauer eine bedeutend grössere ist, als späterhin, so wird sich bei den Geistes-

kranken auf den einzelnen Altersstufen eine viel grössere Verkürzung der wahrscheinlichen Lebensdauer gegen die gesunde Bevölkerung herausstellen, als der mittleren Lebensdauer. In

Tab. 89.

Wahrscheinliche Lebensdauer.

	Männer.	Frauen.	Summa.	Mortalitäts-Tafel für Belgien 1856. (*Oesterlen* S. 135.)		Verhältniss: 3/5.
				Alter.	Wahrscheinliche Lebensdauer.	
	1.	2.	3.	4.	5.	
15--20	7,75	10,25	9,50	8 Jahr	43,90	0,216
21—25	6,30	6,88	6,33	23 -	40,12	0,158
26—30	6,33	7,83	7,09	28 -	36,32	0,195
31—35	3,75	6,00	4,90	33 -	32,48	0,151
36—40	3,00	4,25	3,64	38 -	28,66	0,127
41—45	2,67	4,00	3,40	43 -	24,95	0,136
46—50	2,65	3,00	2,71	48 -	21,22	0,128
51—55	2,25	3,50	3,09	53 -	17,58	0,176
56—60	1,10	2,67	1,69	58 -	14,16	0,119
61—65	1,25	2,60	2,25	63 -	10,98	0,205
66—70	0,88	1,75	1,00	68 -	8 21	0,122
Summa (Durchschnitt)	3,81	4,80	4,23	38 Jahr.	28,66	0,147

ist nun die wahrscheinliche Lebensdauer der einzelnen Altersstufen aus Tabelle 84. im Ganzen und nach den Geschlechtern und in Tabelle 90. (s. die nächste Seite) für die Erblichen und Nichterblichen aus ähnlichen Tabellen berechnet worden.

Tab. 96.

	Wahrscheinliche Lebensdauer der Summa der	
	Erblichen.	Nichterblichen.
15—20	10,25	8,75
21—25	9,00	5,67
26—30	7,70	6,00
31—35	5,50	4,75
36—40	3,38	4,00
41—45	2,50	4,17
46—50	3,50	2,60
51—55	2,50	3,30
56—60	2,25	1,13
61—65	2,75	2,00
66—70	1,50	0,92
Summa	4,96	3,91 =
	1,26	1,00

Es ergeben dann sämmtliche Colonnen dieser Tabellen nicht unbedeutend niedrigere Werthe, als die der mittleren Lebensdauer. Im Uebrigen nimmt die wahrscheinliche Lebensdauer mit wenigen Ausnahmen, worunter 21 — 25 Jahre, was in dem Früheren seine Erklärung findet, mit den zunehmenden Jahren ab. Namentlich aus der letzten Colonne, welche den Antheil an der wahrscheinlichen Lebensdauer der gesunden Bevölkerung jeder Altersstufe darstellt, geht hervor, dass die Abnahme mit den höheren Lebensjahren eine grössere ist, als bei der mittleren Lebensdauer, so dass hier also die Sterblichkeit bei kürzerer Krankheitsdauer umsomehr gesteigert ist. Aus der letzten Zeile der letzten Colonne ergiebt sich, dass die wahrscheinliche Lebensdauer der Geisteskranken sich zu der der Gesunden verhält wie 0,147 : 1, während das Verhältniss bei der mittleren Lebensdauer war circa 0,256 : 1. — Bezüglich der Geschlechter ergiebt sich, dass die Frauen nicht unbedeutend auf allen Altersstufen prävaliren, und dass diess auf den höheren Altersstufen umsomehr geschieht. Es ist daher die Sterblichkeit der jüngeren Krankheitsdauer auf allen Altersstufen bei den Frauen geringer. Der grössere Vortheil der Frauen bei dieser Berechnung, gegenüber der der

mittleren Lebensdauer, ergiebt sich besonders aus dem verschiedenen Verhältniss der Summe der Altersstufen. Hier ist das Verhältniss der Männer : Frauen = 3,81 : 4,80 = 1 : 1,26; bei der mittleren Lebensdauer war es = 6,39 : 7,13 = 1 : 1,16.

Bezüglich der Erblichen zu den Nichterblichen ergiebt sich aus Tabelle 89. ein Uebergewicht der Erblichen bis zum 35. und nach dem 56. Jahre, in der Zwischenzeit aber grösstentheils der Nichterblichen, also ähnlich wie bei der mittleren Krankheitsdauer. Das Uebergewicht der Erblichen ist in der Summe auch hier etwas grösser, als bei der mittleren Krankheitsdauer, nämlich = 1,26 : 1, dort = 1,23 : 1, wegen der oben besprochenen umsomehr geringeren Sterblichkeit bei kürzerer Krankheitsdauer.

Wir lassen in

Tabelle 91.

Procent-Berechnung der Krankheitsdauer der Todten.

		— 1 Jahr.	— 2 Jahr.	— 3 Jahr.	— 4 Jahr.	— 5 Jahr.	— 10 Jahr.	— 15 Jahr.	— 20 Jahr.	über 20 Jahr.
a. Erbliche	M.	15,55	17,04	7,41	7,41 S. 47,41	4,44	23,70	8,15	5,93	10,37
	Fr.	9,57	9,57	13,83	6,38 S. 39,35	8,51	20,21	14,89	9,57	7,45
	S.	13,10	13,97	10,04	6,99	6,11 S. 50,2	22,27	10,92	7,42	9,13
b. Nichterbliche.	M.	17,99	15,06	11,72	9,21	7,53	20,92	6,28	5,02	6,28
	Fr.	15,50	11,00	11,00	9,50	6,00	25,50	8,50	7,00	6,00
	S.	16,86	13,21	11,39	9,34	6,83 S. 57,6	23,01	7,29	5,92	6,15
c. Summa	M.	17,11	15,78	10,16	8,56	6,42 S. 58,03	21,93	6,95	5,35	7,75
	Fr.	13,61	10,54	11,90	8,50	6,80 S. 51,35	23,81	10,54	7,82	6,46
	S.	15,57	13,47	10,93	8,53	6,59	22,75	8,53	6,44	7,19

die Procent-Berechnung der Gestorbenen je nach ihrer Krankheitsdauer zur Gesammt-Summe der Gestorbenen nach Tabelle 84., und in Tabelle 92.

Tab. 92.

Procent-Berechnung der Summe der Krankheitsdauer der Lebenden.

		— 1 Jahr.	— 2 Jahr.	— 3 Jahr.	— 4 Jahr.	— 5 Jahr.	— 10 Jahr.	— 15 Jahr.	— 20 Jahr.	über 20 Jahr.
a. Erbliche	M.	10,56	11,39	10,13	5,70 S. 37,78	9,49	21,52	9,49	12,03	9,49
	Fr.	15,79	12,03	9,77	5,26 S. 42,85	2,26	23,31	14,29	7,52	9,77
	S.	13,06	11,68	9,97	5,50	6,18 S. 46,39	22,30	11,68	9,97	9,62
b. Nichterbliche.	M.	12,40	8,68	6,20	4,96	7,02	26,03	16,53	9,92	8,26
	Fr.	16,34	13,07	9,80	5,88	1,96	23,53	16,34	7,84	5,22
	S.	13,92	10,38	7,59	5,32	5,06 S. 42,27	25,06	16,46	9,11	7,00
c. Summa	M.	11,75	9,75	7,75	5,25 S. 34,50	8,00	24,25	13,75	10,75	8,75
	Fr.	16,08	12,59	9,79	5,59 S, 44,65	2,10	23,43	15,38	7,69	7,34
	S.	13,56	10,93	8,60	5,40	5,54	25,91	14,43	9,48	8,17

die Procent-Berechnung der Lebenden je nach der Krankheitsdauer zur Summe aller Lebenden nach Tabelle 85. folgen. In der Krankheitsdauer der Todten ist es zunächst auffallend, dass die Männer in den früheren Terminen überwiegen, besonders bis zum 2. Jahre, sodann sind die Zahlen mehr gleich. Doch liefern noch bis zum 5. Jahre die Männer 58,03, die Frauen 51,35 Procent ihrer Todten. Vom 6. Jahre ab überwiegen die Frauen, mit Ausnahme der letzten Stufe der Krankheitsdauer.

In der Tabelle der Lebenden verhält es sich umgekehrt. Die Frauen überwiegen in den früheren Zeiträumen, liefern z. B. bis zum 4. Jahre 44,05 Procent ihrer Gesammt-Summe, wo die Männer nur 34,50 liefern, nach dem 4. Jahre überwiegen fast ausschliesslich die Männer. Da nun, wie aus der 1. Abtheilung beifolgender Tabelle:

Procent-Antheil des Abgangs an der Summe der mit der betreffenden Krankheitsdauer Behandelten.

(Nach Tab. 82.)

	Männer.	Frauen.	Erbliche.	Nicht-erbliche.
0—1	46	41	42	45
1—2	—	—	43	41
2—3	—	—	34	31
0—5	77	72	75	76
6—10	81	69	45	49
11—15	29	23	26	26
16—20	22	17	19	20
über 20 Jahr	59	34	27	21,5
Summa	92	86	88	88

welche die Grösse des Abgangs zur Summe aller Behandelten auf den einzelnen Stufen der Krankheitsdauer nach Tabelle 82. enthält, die Frauen bei dieser Klasse von zusammengestellten Fällen auf allen Stufen der Krankheitsdauer und namentlich auch auf den früheren in geringerem Maasse abgehen, als die Männer, so werden sie sich offenbar in den späteren Terminen der Krankheitsdauer mehr anhäufen und daher mehr Todesfälle stellen. Grösstentheils jedoch scheint das früher besprochene Verhältniss, der grösseren Sterblichkeit der Männer in den früheren Zeiträumen, der Frauen in den späteren, hier maassgebend.

Die Nichterblichen nun zeigen jenen Typus noch genauer, sowohl für die Gestorbenen als Lebenden. Die Erblichen dagegen zeigen bei dem unverkennbar durchscheinenden Typus doch einige Schwankungen. — Bei Vergleichung der Summe der Erblichen mit der Summe der Nichterblichen ergiebt sich bei den Todten in den früheren Zeiträumen ein Ueberwiegen der Nichterblichen, in den späteren der Erblichen. Bei den Lebenden finden zwar einige Schwankungen statt, doch ist das entgegengesetzte Verhalten unverkennbar. Da nun, wie aus der 2. Abtheilung der nebenstehenden Tabelle ersichtlich ist, trotz einiger Schwankungen, doch, namentlich für die früheren Termine der Krankheitsdauer, kein bestimmter Unterschied der Abgänge zwischen den Erblichen und Nichterblichen stattfinde, so kann dies Verhalten hauptsächlich nur in dem früher besprochenen Verhalten der Sterblichkeit

(früh stehen die Erblichen sehr von den Nichterblichen ab, in den späteren Zeiträumen weniger) seinen Grund haben.

Es war wiederholt von der Wichtigkeit die Rede, die eine genaue Kenntniss der mittleren Krankheitsdauer für viele psychiatrische Probleme hat. Wir gehen daher, uns genau an die vorliegenden Thatsachen haltend, zur Lösung dieser Frage über.

		Mittlere Krankheitsdauer.	Procent-Antheil an der Gesammtheit der Fälle.			
		Jahre	0—1.	1—2.	0—5.	üb. 20 Jahr.
Todte . .	Marsberg	6,57	15,57	13,47	55,09	7,19
	Retreat (*Julius* S. 298)	17,31	7,9	5,6	25,0	38
Lebende .	Marsberg	8,14	13,56	10,93	44,03	8,17
	Martini, 1862 (Bericht 1864, S. 66)	11,46	10,8	11,0	38	18
	Ruer, Arnsberg 1834, Statistik	12,4	10,1	5	35,1	15,9
	Ruer, Minden 1834, Statistik	13,33	3,6	3,6	22,4	20,8
	Mecklenburg (Zählung 1865, Ztschrft. XXIII. Suppl.-Heft)	12,05	5,0	5,8	32,3	19,1

In der vorstehenden Tabelle haben wir zunächst die Marsberger Angaben mit denen von der Retreat bezüglich der mittleren Krankheitsdauer der Gestorbenen zusammengestellt. Es stellt sich dann sofort der ausserordentliche Unterschied der mittleren Lebensdauer der Gestorbenen heraus. Zunächst geben sich als Grund nach den beigesetzten Procent-Sätzen die geringen Antheile der Retreat an den Todesfällen der kürzeren Krankeitsdauern zu erkennen. Diess kommt zum Theil von ihrer geringen Zahl frischerer Krankheitsfälle überhaupt her (bis 3 Monate 15,6 Procent, bei uns 20,2), zum Theil hat es jedoch in ihrem ausserordentlichen Uebergewicht für die längeren und längsten Termine der Krankeitsdauer seinen Grund (Marsberg hat über 20 Jahre 7,19, die Retreat 38 pCt. Todesfälle). Dieses Letztere kommt nun wahrscheinlich zum grössten Theile von dem besprochenen Umstande her, dass bei uns viele ungeheilte Fälle mit längerer Krankheitsdauer entlassen

werden, die also ihre Todesfälle zu den kürzeren Terminen gestellt haben, während sie es zu den längeren nicht mehr können, ferner, dass dort zum grossen Theil mildere Formen mit längerer Lebensdauer vertreten sind, endlich von der wahrscheinlich längeren durchschnittlichen Lebensdauer der Quäker überhaupt und den sehr günstigen hygieinischen Verhältnissen der Retreat Es dürfte sich daher im Allgemeinen ergeben, dass unsere Nachrichten zu niedrige, die der Retreat dagegen zu hohe Werthe, namentlich für unsere Verhältnisse, ergeben Dem gegenüber ergiebt *Landenberger* (Göppingen, Bericht 1866. S. 52) geringere Werthe, als Marsberg, nämlich 4,4 Jahre mittlere Krankheitsdauer. Die Details fehlen, jedoch kommt diese Ziffer nach dem früher Entwickelten dadurch zu Stande, dass die Anstalt eine grössere Zahl ganz frischer Fälle, als Marsberg, und eine grössere Zahl Paralytiker aufnimmt, als den Verhältnissen der Erkrankung der dortigen Bevölkerung entspricht, und weil die Anstalt erst 15 Jahre bestanden hat, so dass die Fälle mit längerer Krankheitsdauer noch nicht entsprechend abgestorben sind.

Bezüglich der mittleren Krankheitsdauer der Lebenden ist zunächst zu bemerken, dass schon aus Rechnungsgründen die mittlere Lebensdauer der Lebenden und der Gestorbenen, welche vollkommen den gleichen Kategorieen angehören, nicht dieselbe zu sein braucht, wie man sich durch genaues Nachrechnen überzeugen kann. Dann kommen noch einige thatsächliche Verhältnisse hier zur Geltung. Es kommen nämlich bei den Gestorbenen nur die bis zu ihrem Ende unheilbar gebliebenen Geisteskranken in Berücksichtigung, während bei den Lebenden auch die in Genesung Uebergehenden von Einfluss sind, und zwar in der Richtung hin, dass sie die mittlere Lebensdauer nicht unbedeutend verkürzen. Von welchem Gewicht dieser Einfluss ist, ergiebt sich, wenn man einmal annimmt, dass in einer bestimmten Bevölkerung 100 jährliche Erkrankungen vorkommen, und dass unter diesen $\frac{3}{4}$ in letzter Instanz unheilbar werden (was nach dem früher Auseinandergesetzten keinesfalls zu hoch ist). Wenn nun in diesem Falle der mittlere Bestand der Unheilbaren 750 wäre, so könnte man bei vollkommen stabilen Verhältnissen dies auch in Zeit übersetzen und annehmen, dass jene 75 Unheilbaren eine mittlere Krankheitsdauer von 10 Jahren hätten. Rechnet man aber jene 25 in Genesung Uebergehenden hinzu, so würde diess dann den Divisor auf 100, den Dividend, da nach Früherem die durchschnittliche Krankheitsdauer vielleicht $\frac{1}{2}$ Jahr beträgt, nur auf 762$\frac{1}{2}$ erhöhen und die mittlere Krankheitsdauer dadurch um nahe $\frac{1}{4}$ ab-

nehmen. Wenn wir trotzdem bei uns sehen, dass die Krankheitsdauer der Lebenden grösser ist, als der Todten, so kommt hier der besprochene Umstand zur Erwägung, dass die Anstalt nicht lange genug bestanden hat, als dass die Fälle mit längerer Krankheitsdauer schon entsprechend abgestorben wären, von der Entlassung Ungeheilter mit längerer Krankheitsdauer und von dem besprochenen Unterschied zwischen dem Durchschnittsalter der Lebenden und Todten. Der Unterschied von *Martini*'s Angaben (bei der Irrenzählung in Schlesien 1852 und 1857 stimmt die mittlere Krankheitsdauer in der Anzahl der Jahre überein und nur der Bruchtheil weicht ab) kommt einestheils von dessen geringeren Zahlen für die kürzere Krankheitsdauer, anderntheils von seinen grösseren für die längste Krankheitsdauer. Dasselbe gilt von *Ruer*'s Angaben von Arnsberg und in höherem Grade von Minden, wo die sehr geringe Zahl für die kürzeste Krankheitsdauer zugleich mit einer grösseren mittleren Lebensdauer auffällt. Letzterer Angabe steht Mecklenburg am nächsten. Wenn bezüglich aller dieser Angaben aus oben entwickelten Gründen die Data der höchsten Krankheitsdauer dem wirklichen Sachverhältnisse mehr entsprechen, als die Marsberg's, so muss jedoch, da bei den Irrenzählungen in der Bevölkerung die frischen Fälle der Zählung vorzugsweise entgehen, und da nach den früheren Ausführungen die Zahl der jährlich Erkrankenden bedeutend grösser anzunehmen ist, als jene Zählungen ergeben, die wirkliche mittlere Krankheitsdauer in der Mitte zwischen den Marsberger und den anderweiten Angaben obiger Tabelle liegen, und könnte man daher, bis zur Führung genauerer Nachweise, die mittlere Krankheitsdauer Aller mit Einschluss der Genesenden auf 9—10 Jahre annehmen. Es stimmt das, nach der Anfangs dieses Capitels beigebrachten Tabelle, mit der Sterblichkeitsziffer der Anstalten solcher Länder, in welchen das Irrenwesen in Blüthe und daher ein grosser unterschiedsloser Theil von Geisteskranken untergebracht ist, ziemlich überein. Namentlich, wenn man die geringere Sterblichkeit der dort mituntergebrachten Idioten veranschlagt, wird man die mittlere jährliche Sterblickeit des durchschnittlichen Bestandes unter günstigen Verhältnissen auf circa 8 pCt. anschlagen. Diess bedeutet also, dass sich in 12½ Jahren die gesammte jetzige Generation von bis zum Tode ungeheilten Geisteskranken erneuert habe, dass also ihre mittlere Krankheitsdauer auf 12½ Jahre sich belaufe. Rechnet man dann nach obiger Methode die durchschnittliche Vertheilung auf die in Genesung Uebergehenden hinzu, so kommt man auf unsere obige Zahl.

Wir haben noch die Gründe für das Verhältniss der einzelnen Kategorieen zu einander in der Vertheilung der Gestorbenen und des lebenden Bestandes auf die einzelnen Altersstufen nach den Anfangs dieses Capitels vorgeführten Tabellen beizubringen. Was zunächst den durchschnittlichen Bestand nach Tabelle 79. anbetrifft, so überwiegen bis zum 50. Jahre die Männer und nachher die Frauen, und zwar in ziemlich bedeutendem Abstand. Zur Beurtheilung dieses Verhältnisses ist neben den Umständen der Erkrankung auf die der Abgänge — Genesungen und Sterbefälle — nach den einzelnen Altersstufen zu recurriren. Bezüglich der Erkrankungen überwiegen die Männer früh, die Frauen spät. Bezüglich der Genesungen überwiegen nach Früherem die Frauen, namentlich, da dort die Rückfälle sich weniger geltend machen können, auf den früheren Altersstufen, diese werden dadurch also verkürzt. Wegen der dann bei ihnen mehr eintretenden Rückfälle werden die späteren Altersstufen direct verstärkt. Bezüglich der Sterblichkeit, die sich für unseren Zweck hier am besten aus der mittleren, oder wahrscheinlichen Lebensdauer ergiebt, überwiegt letztere bei den Frauen, namentlich auf den späteren Altersstufen — wiederum Bevorzugung derselben. Aus mehreren der angeführten Momente, namentlich auch den Verhältnissen der wahrscheinlichen Lebensdauer, wonach der noch nicht abgegangene Zuwachs der früheren Altersstufen sein Uebergewicht noch einige Jahre geltend macht, folgt, dass jene Scheidegrenze später, als bei der Erkrankung liegen muss. Dieser Geschlechts-Unterschied fand sich aus denselben Gründen bei den Erblichen und Nichterblichen der Tabelle 79. wieder. Bei den Erblichen indess ist der gegenseitige Abstand weniger bedeutend, ganz übereinstimmend mit den Verhältnissen der Erkrankungen. Es überwiegt ferner in Tabelle 79. die Summe der Erblichen über die der Nichterblichen bis zum 45. Jahre, nachher umgekehrt. Dieser Abstand ist geringer, als der bei den Geschlechtern, entgegen den Verhältnissen bei der Erkrankung. Von 21—30 Jahren findet sogar das Gegentheil statt. Zunächst sind hierbei wieder die Verhältnisse der Erkrankung maassgebend, wonach die Erblichen früh überwiegen. Dem entgegen wirken die Verhältnisse der Genesungen, wonach die Erblichen besonders früh, wo die Rückfälle weniger einwirken, bedeutend mehr Genesungen stellen, ferner die Rückfälle, welche die späteren Altersstufen der Erblichen in höherem Grade begünstigen. Bezüglich der verschiedenen Vitalität, so steigt dieselbe freilich bei den Erblichen gleicherweise nach den beiden Lebensenden hin, doch sind die Zahlen der Erkrankten früh überhaupt

grösser, so dass dieser letztere Einfluss wohl überwiegt. Auch hier liegt wegen des in früheren Jahren zugewachsenen Plus, das nach einer Reihe von Jahren erst in Abgang kommt, die Scheidegrenze später, als bei der Erkrankung.

Es war die Rede davon, dass unsere älteren Altersklassen sowohl des Bestandes, als der Gestorbenen, aus dem Grunde benachtheiligt seien, weil ein Theil der in früheren Stadien Behandelten ungeheilt entlassen werden. Es muss daher unter solchen Verhältnissen, wo jene Entlassungen in geringerem Grade oder gar nicht vor sich gehen, und namentlich unter den Irren einer Bevölkerung eine grössere Ausfüllung der älteren Jahrgänge erfolgen. Es kommt allerdings da, wo die Idioten nicht ausgeschieden sind, ein Einfluss entgegengesetzter Einwirkung hinzu. Da diese nämlich eine geringere durchschnittliche Lebensdauer (obgleich geringere Sterblichkeit) haben, als die an erworbener Seelenstörung Leidenden, so füllen sie die jüngeren Altersklassen mehr aus. In folgender Tabelle

	Marsberg.	Schlesien 1862.	England 1854—58 in Anstalten.		
	Sa.	Sa.	M.	Fr.	Sa.
0 —15	—	—	1,2	0,7	0,9
16—20	(15 —) 1,03	(15—) 2,5	2,6	2,0	2,3
21—25	6,46	5,7	6,1	4,8	5,4
26—30	12,01	10,5	9,3	7,8	8,5
31—35	14,30	11,6	11,8	9,9	10,8
36—40	15,56	15,1	12,3	10,9	11,5
41—45	15,39	14,3	11,8	11,9	11,8
46—50	12,76	11,8	9,8	11,0	10,5
Summa	77,51	71,5	64,9	59,0	61,7
51—55	9,50	9,3	8,5	10,2	9,4
56—60	7,49	7,6	6,8	8,4	7,7
61—65	3,95	11,6	5,2	6,3	5,8
66—70	1,43	—	3,4	4,4	4
71—0	0,11	—	3,5	4,9	4,2
				Unbekannt 7	

ist nun zunächst eine Vertheilung der Irren (erworbene Seelenstörung) in Schlesien 1862 nach *Martini* (Bericht 1864, S. 63). Es findet dann manche Uebereinstimmung bezüglich der Zeit und Grösse der stärksten Ausfüllung der einzelnen Altersklassen statt. Da in unseren frühen Altersklassen noch Idioten, wenn auch sehr wenig (die Idioten zusammen noch nicht 4 Procent) enthalten sind, so ergiebt sich die geringe Verschiedenheit von unseren Daten. Es gewinnen dadurch unsere obigen Ausführungen betreffs der mittleren Krankheitsdauer, für welche uns die Schlesischen Angaben zu gross erscheinen, um so mehr Gewicht. Die Englischen Anstalten (nach Ztschrft XX. S. 281) liefern, obgleich nach Obigem die Idioten wahrscheinlich stärker betheiligt sind, für die jüngeren Altersklassen viel niedrigere, für die älteren viel höhere Werthe. Es muss allerdings dabei in Erwägung gezogen werden, dass 7 Procent unbekannten Alters mit berechnet sind, so dass man sich sämmtliche Werthe etwas erhöht denken muss. Es dürfte sich jedenfalls die längere mittlere Lebensdauer der Geisteskranken in Englischen Anstalten daraus ergeben. Es tritt dann auch in Englischen Anstalten das Uebergewicht der Männer für die früheren Altersstufen hervor. Bezüglich der Irren in der Bevölkerung mag erwähnt werden: die Nachweisung *Dick*'s für die Bayerische Pfalz (Ztschrft. XV. S. 399), der für die Fälle von erworbener Seelenstörung bis zu 50 Jahren 69,6 Procent, also unseren Ausführungen entsprechend, höhere Zahlen für die älteren Jahrgänge, und zwar mit demselben Geschlechts-Unterschied — Männer 73,2, Frauen 67,2 — nachwies. Bei *Quetelet* (Ueber die Menschen. S. 451) finden sich mehrere Angaben, bei denen jedoch die Idioten nicht ausgeschieden sind. Unter günstigen Verhältnissen können die höheren Altersklassen noch mehr betheiligt sein. So fiel im York'schen Grafschafts-Irrenhaus (*Julius*, S. 321) von 1814 40 das 1. Maximum auf 50—60, das 2. auf 40—50. Der Geschlechts-Unterschied trat wie oben hervor. Ebenso zeigten die Geisteskranken Belgiens (Stat. des alién. de Belg. Lentz 1860.) bis zum 50. Jahre 52 Procent, das Maximum von 50—60 Jahren und über 60 Jahre (beide =), der Geschlechts-Unterschied wie überall hervortretend.

Die Vertheilung der Todesfälle auf den einzelnen Altersstufen nach Tabelle 77. hat bezüglich des Verhältnisses der einzelnen Kategorieen zu einander in den Verhältnissen der Lebenden nach Tabelle 79. und denen der Sterblichkeit ihren Grund. Würden die Verhältnisse der Sterblichkeit auf den einzelnen Altersstufen je nach den Geschlechtern sich nicht ändern, so würden diese bei

den Todten dem Verhältnisse der Lebenden entsprechend sein. Da jedoch nach Tabelle 81. die Sterblichkeit der Frauen von 30 bis 50, und die der Männer nach 50 in erhöhtem Grade erfolgt, so wird durch das 1ste die Zahl der jüngeren gestorbenen Frauen direct, durch das 2te indirect gegen die Männer so vermehrt, dass die Scheidegrenze bei den Todten etwas früher, als bei den Lebenden fällt. Die Nichterblichen befolgen genau diesen Typus, die Erblichen zeigen denselben, bei einigen Unregelmässigkeiten, deutlich erkennbar. — Da ferner die Nichterblichen in höherem Grade auf den früheren Altersstufen mehr sterben, so ist der Gegensatz beider Kategorieen ein noch geringerer, als bei den Lebenden. Bis zum 30. Jahre überwiegen sogar wiederum die Nichterblichen.

Alles, was oben über die Gründe gesagt wurde, weshalb unsere Zahlen für die älteren Altersklassen der Lebenden unter dem Normalen blieben, passt vollkommen für die Gestorbenen ebenso, so dass unter anderen, besonders für eine längere Lebensdauer günstigeren, Umständen die älteren Altersklassen mehr, als bei uns normal, ausgefüllt werden würden. Es mag hier erwähnt werden, dass, während bei uns nach Decennien das Maximum auf 30—40 Jahre fällt, dem das folgende, und dann das Decennium von 20—30 folgt, bei dem York'schen Grafschafts-Irrenhause von 1814—40 (*Julius*, S. 321) die Aufeinanderfolge war: 1. Maximum 40—50; 2. Maximum 50—60; 3. Maximum 30—40. Während wir bis zum 50. Jahre 68 Procent Todesfälle liefern, war dort dieser Antheil 53,7 Procent, und zwar mit demselben Geschlechts-Unterschiede: Männer 59 Procent, Frauen 42,5. Die Englischen Irrenanstalten von 1854—58 (Ztschrft. XX. S. 281) liefern bis zum 50. Jahre 56,7 Procent, und zwar die Männer 60,9, Frauen 50,8; *Esquirol* (Handbuch von *Bernhard*, S. 65) fand in einem frühen Zeitraume bis zu 50 Jahren 68,3 Procent, und zwar Männer 80,3, Frauen 57,8.

Es befinden sich in der Literatur wiederholte Zusammenstellungen über die Sterblichkeit im Verhältniss zum Alter der Aufnahme. Wir haben ebenfalls derartige Zusammenstellungen nach dem Alter der Erkrankung nach Tabelle 31—33 gemacht. Es ergab sich dann eine grosse Zunahme der Sterblichkeit mit den höheren Altersstufen, ein geringes Uebergewicht der Frauen, ein grösseres der Nichterblichen, einige Schwankungen dieser Kategorieen nach den einzelnen Altersklassen.

Da jedoch diese sämmtlichen Zusammenstellungen nur einen vergleichsweisen Werth haben, und wir diese sämmtlichen Ver-

hältnisse nach exacter Methode vorgeführt haben, so können wir von Vorführung dieser Tabellen Abstand nehmen.

Führen wir zum Schluss einige Durchschnittszahlen an, um von rein materiellem, national-ökonomischem Standpunkte die Höhe der Calamität zu ermessen, die der menschlichen Gesellschaft durch die Geissel der Geisteskrankheiten (erworbene Geisteskrankheit) erwächst. Wir waren nach einer mässigen Erwägung zu dem Resultate gekommen, dass durchschnittlich jeder 300. Mensch, und da circa der 3. Theil der Bevölkerung unter 14 Jahren sich befindet, der fast gar keinen Tribut stellt, durchschnittlich jeder 200. Erwachsene in Geistesstörung fällt. Es stimmt damit freilich nicht überein, dass für England (*Oesterlen*, Handbuch, S. 760) 1858 nur 1,2 und 1859 nur 1,0 unter 1,000 Todesfällen der Geisteskrankheit zugeschrieben werden. Jedoch sind hier offenbar, bei der anderweitig constatirten grossen Anzahl von Geistesstörungen in England, höchstens nur die direct an der Geistesstörung zu Grunde Gegangenen bezeichnet, ohne Rücksicht auf die an anderweitigen Krankheiten gestorbenen Geisteskranken. Es finden sich dann auch für Genf (ibid. S. 515) für 13 Jahre, von 1838—55, 5,3 Todesfälle unter 1,000 Gestorbenen als direct durch die Geisteskrankheit bewirkt, und 9 von 1,000 Todesfällen als in geisteskrankem Zustande überhaupt Gestorbene bezeichnet. Hier sind jedoch die Idioten mitgerechnet, so dass durch diese Rechnung der Werth unserer obigen Zahlen erhöht wird. Diejenigen nun, welche dem Schicksal der Geistesstörung anheimgefallen, thun es durchschnittlich zur Zeit der geistigen und körperlichen Blüthe, der grössten Kraftentfaltung des Menschen. Der Beginn der zum Tode führenden Anfälle von Geisteskrankheit fällt durchschnittlich nach Tabelle 86. in das 37,33. Jahr.

Ein Theil der überhaupt Ergriffenen genest freilich, doch ein bei Weitem geringerer, als den gewöhnlichen Annahmen entspricht, und ist anzunehmen, dass durchschnittlich bis zum Ende der Geistesstörung, mag diess das Lebensende oder Genesung sein, ein Zeitraum von ca. 10 Jahren verstreicht. Eigentlich müsste man eine nicht unbedeutend längere Zeitdauer annehmen, da nicht nur die zum Tode führenden, sondern auch alle früheren Anfälle in Erwägung zu ziehen sind. Da nun nach *Engel* (Statistische Zeitschrift II. (S. 61) die über-14jährigen Westfalen durchschnittlich circa 39 Jahre zu leben haben, so kann man hiernach zum Wenigsten annehmen, dass der $4 \times 200 = 800$. Theil aller in der Gesellschaft vorhandenen Kräfte durch die Geistesstörung zunächst

brach gelegt ist. Eigentlich ist in dieser Hinsicht der durchschnittlich erwachsene Verlust ein viel grösserer. Denn während der Tod bei den Geisteskranken durchschnittlich im 47. Lebensjahre eintritt, tritt er für die über-14jährige Bevölkerung durchschnittlich im 54. Jahre ein. Ein bei Weitem grösserer Verlust erwächst dagegen der Gesellschaft, ausser jenem negativen, als positiver durch die Ernährung, durch die Beschaffung der erforderlichen Mittel zur Heilung und Pflege, zum Schutze der Geisteskranken vor sich selbst und der menschlichen Gesellschaft vor ihnen. Man wird daher annehmen können, dass weit über $\frac{1}{400}$ aller in der Gesellschaft ohne die Geistesstörung vorhandenen Kräfte durch sie absorbirt werden. Prüfen wir des Vergleichs halber die in Betreff der Zahl der Ergriffenen und der Dauer der Krankheit verheerendste aller Krankheiten der Erwachsenen, die Lungentuberculose, in Betreff ihrer socialen Calamität.

Es finden sich bei *Oesterlen* (Handbuch etc. S. 375) Angaben über die Häufigkeit der Lungenphthise als Todesursache. Es starben danach (S. 376) in Mittel-Europa $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{6}$ aller Gestorbenen an Lungenphthise. Wir wollen 150 unter 1,000 Gestorbenen annehmen. Es starben aber nach S. 383 und 385 über 10—11 Procent, nach S. 796 24,6 Procent aller Phthisiker vor dem 15. Lebensjahre. Wir wollen 20 Procent annehmen. Da nun ferner nach S. 117 nahe die Hälfte aller Todesfälle vor dem 15. Lebensjahre stattfand, so bleiben für die über-15jährigen Individuen 120 Phthisiker auf 500, oder 240 auf 1,000 Erwachsene überhaupt. Ein weiteres wichtiges Moment zur Rechnung bildet die mittlere Krankheitsdauer. Die von *Oesterlen* (S. 377) angeführten Zahlen sind sehr klein. Sie betrug für 85 Krankheitsfälle in Genf 20 Monate. Für weiter angeführte 193 Fälle von *Louis* betrug sie 13,9 Monate. Sieht man diese Zahlen jedoch genauer an, so kann bei den 4 — 8 — 12jährigen Fällen von einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit nicht die Rede sein. Um so mehr Gewicht haben die von *Engel* für die Preussische Armee von 1846—63 beigebrachten Zahlen. Es findet sich hier (Statistische Ztschrft. V. S. 235) für 3,648 an Hals- und Lungenschwindsucht Verstorbene eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 93 Tagen. Wenn nun auch diese Zahl, um als maassgebend für die Bevölkerung zu gelten, wohl etwas zu klein ist, so dürfte man doch das Zeitmaass für den hier in Frage kommenden Begriff, die Arbeitsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit, wohl überschritten haben, wenn man letztere Zahl verdoppelt und $\frac{1}{2}$ Jahr als durchschnittliche Krankheitsdauer annimmt. Danach würde, da die über-14jährige

Bevölkerung durchschnittlich circa 40 Jahre zu leben hat, und da circa $\frac{1}{8}$ aller Erwachsenen der Phthise erliegt, $^{1}/_{4}/_{80} = {}^{1}/_{320}$ aller in der Gesellschaft vorhandenen Kräfte durch die Phthise absorbirt werden. Es kommt jedoch noch ein weitreer Verlust durch die auch hier erforderliche Pflege hinzu, jedoch in sehr viel geringerem Grade, als vielfach bei der Geistesstörung. Es ist ferner noch an das unaufhörliche und stets neu sich gestaltende Gefolge von Noth und Verwirrung zu erinnern, das die Geisteskrankheit im Schoosse der Familien hervorruft, um den Nachweis zu haben, dass man es bei ihr mit einem Uebel zu thun hat, das an rein materiellem Verlust für die menschliche Gesellschaft den verheerendsten aller Krankheiten wahrscheinlich nicht nachsteht.

Berichtigungen.

Seite	243	Zeile	12	von	oben	statt: (Seite 123 ff.) lies: (Seite 177 ff.)
-	289	-	10	-	unten	
-	297	-	8	-	oben	
-	301	-	19	-	-	
-	346	-	2	-	unten	

Gedruckt bei Julius Sittenfeld in Berlin.



t in Niedermarsberg.
Taf. XII.
Gebäude für tob-süchtige Frauen.
Gebäude für tob-süchtige Mäner.
Oecono-mie Ge-bäude.
Weg nach Obermarsberg.
NJEDERMARSBERG
A. Schütze Lith. Inst. Berlin.



